BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE

OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 179.12.95.

FONDÉ PAR
MIQUEL
1831.

BULLETIN GÉNÉRAL

CONTINUÉ PAR
DUJARDIN-BEAUMETZ
1873-1895.

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

ALBERT ROBIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

COMITÉ DE RÉDACTION

H. HALLOPEAU
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

G. BOUILLY
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine.

F. HEIM
Professeur agrégé d'histoire naturelle médicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Docteur ès sciences.

RÉDACTEUR EN CHEF

G. BARDET

ASSISTANT DE THÉRAPEUTIQUE A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

TOME CENT VINGT-NEUVIÈME

PARIS
OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT
PLACE DE L'ODÉON, 8

1895



INAUGURATION DU BUSTE DE DUJARDIN-BEAUMETZ
A L'HOPITAL COCHIN

Le montant de la souscription ouverte par les élèves et les amis de Dujardin-Beaumetz a été employé à l'érection d'un buste placé dans le jardin de l'hôpital Cochin, entre les deux pavillons d'hommes et de femmes, où le maître a enseigné pendant les onze dernières années de sa vie.

C'est samedi 28 juin que le monument a été inauguré en présence de M. Edouard Dujardin-Beaumetz et de sa famille, de M. Peyron, Directeur général de l'Assistance publique, de M. Laurent, secrétaire général de la Préfecture et de tout le haut personnel des services d'hygiène de la ville de Paris, entourés de la foule des amis et des élèves du maître regretté, au nombre desquels on comptait les médecins et chirurgiens de l'hôpital Cochin et un grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux et de la ville, parmi lesquels Dujardin-Beaumetz avait tant d'amis.

Le buste a été offert à M. Peyron, représentant l'administration de l'Assistance, par le Dr Stackler, qui, en quelques paroles émues, chaleureusement applaudies, a rappelé les rares qualités morales du maître de Cochin. M. P. Le Gendre, au nom des élèves et des collaborateurs de Dujardin-Beaumetz, a fait ensuite un éloquent historique du grand rôle joué à l'hôpital par le professeur. Enfin M. Peyron a répondu en remerciant les souscripteurs du précieux souvenir légué par eux à l'Assistance publique et en rappelant les services incomparables rendus par Dujardin-Beaumetz aux malades de la ville de Paris.

Nous reproduisons en entier les paroles prononcées par

M. Le Gendre, dont la chaude et charmante éloquence n'a jamais été mieux inspirée. Nul, mieux que le sympathique médecin des hôpitaux, ne pouvait payer à Dujardin-Beaumetz le tribut de reconnaissance que lui doivent les malades et les élèves qui ont fait partie de son service.

« Messieurs,

« Quand on a perdu un être cher, la consolation la plus naturelle et le plus doux des devoirs sont non seulement de maintenir son souvenir vivace dans la mémoire de ceux qui l'ont connu vivant, mais aussi de faire en sorte que, pour ceux qui n'auront connu que son nom, son image contribue à évoquer incessamment sa vie et ses actes. C'est cette consolation qu'ont voulu goûter, c'est ce pieux devoir que viennent accomplir la famille, les élèves et les amis de Georges Dujardin-Beaumetz, en édifiant, avec le concours de l'administration de l'Assistance publique, son buste dans l'hôpital Cochin où se sont écoulées les dernières et les plus fécondes années de sa carrière médicale, au milieu même de ce service qu'il avait créé et qu'il aimait tant.

« Deux de ses élèves les plus aimés, à l'initiative et à l'activité desquels est due l'organisation de la touchante cérémonie qui nous réunit, MM. les Drs Stackler et Sapelier, m'ont fait l'honneur de me désigner pour vous rappeler brièvement, avant que nous ne nous séparions, quels ont été les caractères distinctifs de la vie médicale de notre maître et quels souvenirs nous souhaitons que ses traits éveillent dans les générations de médecins, d'étudiants et de malades qui passeront tour à tour ici. Le seul titre que j'aie pour entreprendre cette lourde tâche est d'avoir assisté à l'éclosion de l'œuvre originale dont je vais vous parler, ayant eu l'avantage d'être, conjointement avec

M. Sapelier, l'interne de M. Dujardin-Beaumetz, en 1884.

« Des paroles plus autorisées que la mienne diront en d'autres circonstances à l'Académie, à la Société des hôpitaux, à la Société de thérapeutique ce que fut le thérapeutiste, le clinicien, l'écrivain, quel immense labeur il assuma au cours d'une vie si bien remplie, malgré sa fin, hélas ! prématurée. Moi je limiterai mes efforts à vous montrer quel excellent professeur libre, quel médecin d'hôpital modèle fut M. Dujardin-Beaumetz. Je ne m'occuperai même de sa vie hospitalière qu'à partir du jour où il prit possession du second service de médecine à Cochin.

« C'est un vice incontestable de l'enseignement médical en France qu'on ne puisse y prendre part, quelque aptitude qu'on y témoigne, qu'à la condition d'être entré dans la hiérarchie universitaire à un âge où ces aptitudes n'ont pu encore se révéler. Singulière organisation qui pourrait nous valoir quelque jour des professeurs officiels voués trop tôt, sans vocation réelle, à la carrière de l'enseignement et, par suite, condamnés à s'acquitter de leur tâche avec aussi peu de plaisir que de succès, alors que d'autres médecins de la même génération, qui n'auraient que tardivement senti s'éveiller en eux le goût d'enseigner et l'aptitude à le faire, rongeraient leur frein de ne pouvoir répandre autour d'eux la bonne parole ! De ces derniers eût été Dujardin-Beaumetz, si sa volonté, sa patience et son heureux caractère ne lui avaient fait vaincre des difficultés, insurmontables pour tant d'autres.

« Depuis plusieurs années il avait inauguré à St-Antoine des leçons de Clinique thérapeutique qui, malgré l'éloignement de cet hôpital et l'absence d'amphithéâtre convenable, avaient obtenu un succès croissant. Si M. Dujardin-Beaumetz se décida à venir à Cochin en 1884, c'était afin de pouvoir mettre à exécution une conception de l'enseignement pratique de la thérapeutique qui constitue à mes

yeux l'un de ses titres les plus solides à notre gratitude, et la réussite de ce plan, qui fait le plus grand honneur à notre maître, marque vraiment une date dans l'histoire contemporaine des hôpitaux de Paris.

« M. Dujardin-Beaumetz avait en effet un autre but, plus noble encore et plus utile que le désir d'enseigner, c'était celui de pouvoir mettre à la disposition des pauvres hospitalisés non seulement les médicaments, qui sont bien loin de suffire à la thérapeutique, mais les multiples ressources que fournissent les agents physiques : hydrothérapie, électrothérapie, massage, pneumothérapie, gymnastique, etc. Ces moyens puissants, auxquels le médecin fait appel à chaque instant pour guérir les riches, Dujardin-Beaumetz déplorait qu'il lui fût impossible d'y recourir à l'hôpital. Bien rudimentaire encore à cette époque était l'installation de l'hydrothérapie dans la plupart des hôpitaux, et l'électrothérapie n'était guère mise en pratique qu'à la Salpêtrière. M. Dujardin-Beaumetz voulut donner l'exemple de ce qu'on pouvait faire d'utile à ce point de vue.

« Or, pour réaliser ce qu'il rêvait, il fallait de l'espace; le vaste jardin où nous sommes ne contenait encore que d'anciens baraquements qui, ouverts d'une façon intermittente, avaient servi pendant les années précédentes à recevoir le trop plein des hôpitaux généraux ; il y campa provisoirement. Toute la partie sur laquelle s'élève le service actuel était en culture ou en friche. C'est sur celle-ci que M. Dujardin-Beaumetz avait obtenu de l'administration la construction de baraquements neufs, relativement confortables et peu coûteux, avec annexes pour divers laboratoires, salles pour l'application des traitements spéciaux, et amphithéâtre d'enseignement. Les plans une fois bien arrêtés, les travaux furent poussés avec une activité qui n'est pas toujours, à parler franc, l'apanage des entreprises d'utilité publique. Cette louable activité, je pense que l'in-

tervention instante et personnelle de M. Dujardin-Beaumetz n'a pas peu contribué à l'entretenir.

« Chaque jour en effet, pendant la durée des travaux, aussitôt que la visite des malades était finie, notre chef se dirigeait du côté des ouvriers et des entrepreneurs, de ce pas précipité qui était bien en harmonie avec l'activité de son esprit et qu'un pénible accident survenu quelques années auparavant avait rendu plus saccadé, sans le ralentir; il nous entraînait, toujours causant avec sa gaité communicative, sur l'emplacement où s'élevaient à vue d'œil les constructions nouvelles, et s'informait fiévreusement de l'état des travaux.

« C'est ainsi qu'en très peu de temps, grâce au bon vouloir de tous, à son entrain vraiment contagieux, la création qu'il avait rêvée prit corps. Et plus tard, quand d'année en année on revenait dans le service, on y trouvait chaque fois des améliorations nouvelles, mais invariablement l'accueil cordial et les exclamations joyeuses du maître, enchanté de vous faire admirer ses acquisitions récentes.

« Le fonctionnement des traitements spéciaux annexés au service était si apprécié par les malades qu'on en voyait venir de très loin pour trouver à Cochin le bénéfice de ces créations et aussi le chef souriant, tout simple et paternel, adoré des pauvres gens dont il connaissait bien les misères et qu'il savait toujours soulager quand la guérison n'était plus possible. Aussi quelle joie universelle régnait dans les salles transformées en palais fleuris le jour de la Saint-Georges, où le patron leur offrait le régal d'un concert et de divertissements variés !

« J'ai dit ce qu'avait fait M. Dujardin-Beaumetz pour assurer aux pauvres tous les moyens de guérison et de soulagement dont disposent les riches. Laissez-moi vous exposer brièvement ce qu'il entreprit pour faire progresser l'art de la thérapeuthique.

« En ce temps où, par suite des progrès de la chimie, la concurrence des industriels de tous pays menace de submerger les médecins sous un flot de médicaments dont les périodiques spéciaux suffisent à peine à enregistrer la naissance, ne faut-il pas qu'un contrôle incessant soit exercé sur la viabilité de ces nouveau-nés ? Dujardin-Beaumetz avait une trop haute conscience de son devoir de médecin d'hôpital pour prescrire jamais à un de ses malades un remède nouveau avant que toutes les recherches expérimentales eussent été faites sous sa surveillance attentive par les collaborateurs éclairés qu'il s'était choisis. C'est ici qu'apparaît le rôle indispensable du laboratoire, permettant au botaniste, au chimiste, au pharmacologiste de préciser la nature, les propriétés, les effets physiologiques, les doses toxiques de toute substance proposée au médecin. Dans le service de Dujardin-Beaumetz, le laboratoire était vraiment l'antichambre des salles de malades, et beaucoup de solliciteurs dans la cohorte des nouveaux remèdes ne dépassaient jamais l'antichambre.

« D'ailleurs, si empressé que fût Dujardin-Beaumetz à essayer tous les médicaments nouveaux, ce serait une erreur de croire qu'à ses yeux l'avenir de la thérapeutique résidât dans la multiplication des drogues. Je n'en veux pour preuve que le grand nombre de publications qu'il consacra à la vulgarisation de l'hygiène envisagée aux points de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique. L'hygiène, il l'a proclamé hautement, doit tenir la première place dans les préoccupations du médecin moderne; aussi était-il tout à fait à sa place à la tête du Conseil d'hygiène publique du département de la Seine, où il justifia si bien la confiance qu'avaient mise en lui les autorités pendant les épidémies de choléra et de typhus.

« Esprit ouvert à toutes les conquêtes modernes, il s'était enthousiasmé des premiers pour les découvertes de Pasteur.

Dès qu'il fut démontré que le secours de la bactériologie était indispensable pour la précision du diagnostic et pour l'étude des antiseptiques, il poussa certains de ses élèves à s'y consacrer d'une façon spéciale ; à côté d'un laboratoire de chimie et de pharmacologie, il installa un laboratoire spécial de bactériologie, dont le chef, M. le Dr Dubief, fit régulièrement un enseignement pratique.

« Car le point de vue de l'enseignement le plus utile à donner aux étudiants en médecine, pour les mettre à la hauteur de leur future fonction sociale, était pour Dujardin-Beaumetz une constante préoccupation.

« Parmi les jeunes gens qui entourent un chef de service, les uns et les autres sont appelés à des destinées diverses. La plupart se voueront à la pratique ; ils devront, dès le premier jour de leur exercice, répondre aux multiples exigences des malades ; à ceux-là il répétait sans se lasser l'énumération des médicaments usuels, traditionnels, entrant, sur la manière de les formuler et de les faire accepter par les malades, dans les plus minutieux détails, ceux qu'on n'enseigna pas toujours dans les chaires officielles.

« D'autres élèves cherchaient un sujet de thèse ; il attelait chacun d'eux à l'étude de la nouveauté du jour, et parmi les très nombreux travaux faits ainsi dans son laboratoire et son service, il en est d'excellents, qui ont épuisé la matière.

« D'autres élèves enfin, parmi ses internes, se destinaient à suivre la voie douloureuse des concours ; à ceux-ci, il rendit le plus rare service, en les mettant à même de s'exercer à la parole dans un véritable amphithéâtre et devant un public, heureusement indulgent : mon ami Sapelier n'a sans doute pas oublié plus que moi la grande émotion que nous causa la proposition qu'il nous fit de prendre part à son enseignement. Nous dûmes enseigner tour à tour aux externes et aux stagiaires la séméiologie et la technique

de l'examen clinique; pendant que le Dr Bardet les initiait à l'électrothérapie puis à la pharmacologie pratique. Puis vinrent des cours de laryngologie et d'otologie pratique, toutes les spécialités utiles au praticien finirent par être représentées dans ce microcosme médical. En outre, quand un médecin étranger à son service avait quelque sujet personnel à développer, Dujardin-Beaumetz s'empressait de lui ouvrir son amphithéâtre, et je ne veux pas taire la profonde reconnaissance que je lui garde pour m'avoir rappelé près de lui en 1892 en me chargeant de familiariser ses élèves avec la thérapeutique infantile.

« Mais je dois, Messieurs, borner mes souvenirs; je ne saurais oublier les dernières recommandations de cet homme modeste et simple qui ne voulut pas qu'on fît de discours à ses obsèques.

« J'en ai dit assez d'ailleurs si je vous ai rendu sensible l'originalité de la conception de notre maître dans la création de ce qu'il appelait — en souriant — l' « Ecole de Cochin » Dans une ville comme celle-ci, où l'éloignement des divers bâtiments de la Faculté et des hôpitaux rend la vie des plus pénibles aux étudiants désireux de progresser rapidement dans les diverses branches de notre art, quels services ne rendrait pas la multiplication de groupements analogues à cette sorte d'institut de médecine pratique et non seulement de thérapeutique, imaginé par Dujardin-Beaumetz! Je ne sais combien d'argent a coûté à l'Assistance publique, au Conseil municipal, et aussi à Dujardin-Beaumetz, l'organisation que je vous ai esquissée; mais on peut affirmer qu'une telle semence a donné de belles moissons. J'ignore ce que l'avenir réserve à cette petite cité de bois que je ne puis regarder sans émotion; je souhaite que, quand ces baraques seront hors d'usage, on les remplace par d'autres dont les matériaux plus coûteux, mais plus durables, protégeront mieux les malades contre le froid, le chaud et

même contre l'incendie; en tout cas puisse-t-on respecter la conception première du fondateur! Alors son souvenir continuera de planer ici, comme le bon génie familier du lieu, et dans ce coin tranquille de Paris où l'on peut encore voir des arbres et des fleurs, aux étudiants qui passeront ce buste rappellera l'homme excellent, le médecin secourable aux malades et le professeur entraînant que fut Dujardin-Beaumetz. »

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète par la médication alternante,

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le diabète est une affection rebelle à la thérapeutique, et comme chacun le sait, il n'est peut-être pas de maladie qui ait été traitée par autant de médications tour à tour vantées et abandonnées.

La cause des insuccès tient peut être à ce que l'on a trop voulu créer une espèce diabète, sans vouloir distinguer non seulement les causes réelles de la présence du sucre dans l'urine, mais encore les conditions fondamentales de nutrition qui accompagnent toujours le phènomène *glycosurie* et changent singulièrement les caractères de l'évolution de la maladie et ses indications thérapeutiques réelles. Or toutes les fois qu'il s'agit de troubles nutritifs d'ordre quelconque, je prétends que le médecin est incapable d'établir un trai-

tement d'une manière rationnelle sans connaître auparavant par l'analyse, l'état des échanges de l'organisme. L'analyse ne doit donc pas seulement porter, comme cela a lieu le plus souvent, sur la plus ou moins grande quantité de sucre excrété, mais aussi sur l'état de l'élimination de l'urée, des phosphates, des chlorures, sur le coefficient des oxydations, etc. C'est seulement alors que l'on pourra se faire une opinion sérieuse, faire un pronostic certain et instituer un traitement profitable.

Le traitement du diabète que je viens exposer au cours de ces leçons ne met en œuvre aucun médicament nouveau. Ce qui fait sa personnalité, c'est que des agents anciens sont associés suivant un mode particulier, et que pour en faire le choix, je me suis uniquement fondé sur l'action qu'ils exerçaient sur les échanges nutritifs.

Les faits que j'ai à énoncer sont résumés, sous une forme géométrique, dans les nombreux tracés qui accompagnent le texte. Il suffit d'y jeter les yeux pour se rendre compte des résultats obtenus, sans que j'aie besoin de trop insister sur chacun des cas particuliers dont les tracés représentent l'observation.

II

INDICATIONS FOURNIES PAR LA NUTRITION DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE.

En dehors du diabète pancréatique qui forme une classe à part, deux théories se partagent la faveur des médecins, à savoir : l'hypersécrétion du sucre et le défaut de sa consommation par ralentissement de la nutrition.

D'où deux médications systématiques totalement divergentes : ou bien modérer la production de sucre en ralentissant les mutations nutritives, ou bien accélérer sa com-

bustion en stimulant la nutrition générale. Avant de traiter un diabétique, il faut donc choisir entre ces deux théories.

L'étude des échanges chez le diabétique jugèra la question; car si le diabète est dû à un défaut de consommation de sucre, les échanges seront ralentis; au contraire, les actes nutritifs seront accrus si le diabète est une maladie par accélération de nutrition.

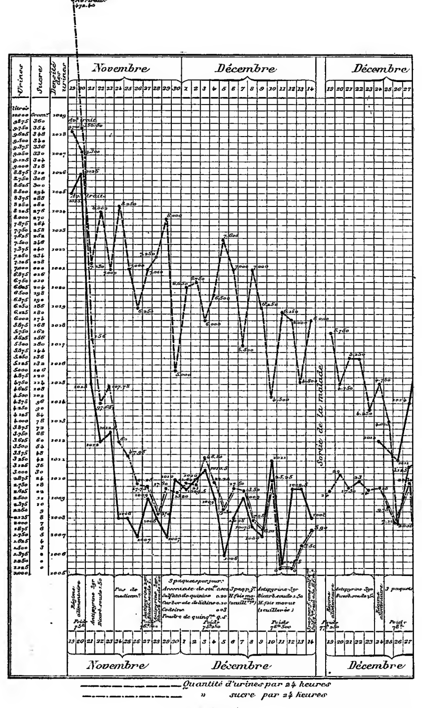
Or, dans la discussion qui a eu lieu devant l'Académie en 1889, j'ai démontré qu'il y avait, chez les diabétiques francs, une exagération de tous les actes chimiques de la nutrition générale, avec suractivité spéciale de certains organes, comme le foie et le système nerveux (1).

C'est donc ce fait de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique en particulier, commandée par une excitation nerveuse continue, directe ou réflexe, qui doit être le pivot de la thérapeutique rationnelle du diabète.

Par conséquent, les médicaments du diabète devront être choisis parmi les agents qui ralentissent par un procédé quelconque les mutations générales et celles du système nerveux. Ces agents ne seront employés que s'ils retardent les mutations générales par l'intermédiaire d'une action primitive sur le système nerveux, et s'ils n'exercent pas sur les fonctions de ce système une action suspensive trop énergique.

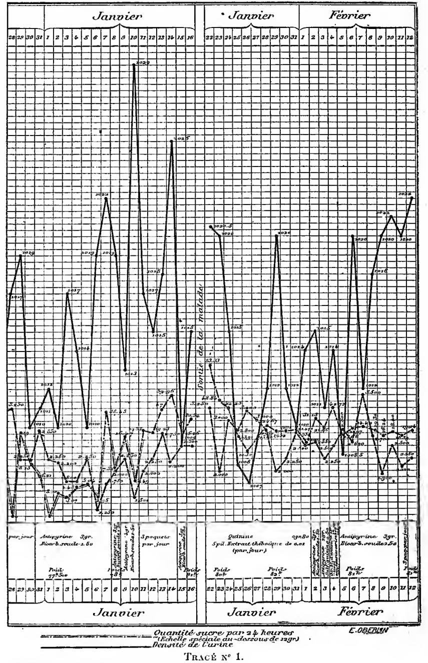
---

(1) Augmentation de la désassimilation totale, de la désassimilation azotée, du coefficient d'oxydation ou d'utilisation azotée, de la combustion de certains produits ternaires (acide lactique), du coefficient d'oxydation du soufre, de l'urée, de l'acide carbonique expiré, de l'oxygène inspiré, de certains acides de synthèse (acide hippurique et corps sulfo-conjugués), du coefficient d'oxydation du phosphore. (Albert Robin. Le Diabète. Physiologie pathologique et indications thérapeutiques. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1889).



TRACÉ N° 1.

Diabète considérable



TRACÉ N° 1.

datant d'environ deux ans.

On écartera, *à priori*, tous les moyens capables d'accélérer la nutrition.

On soustraira à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux avec lesquels celui-ci peut le plus facilement fabriquer du sucre, ce qui aura aussi l'avantage de priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel.

Ces trois formules résument les indications majeures de la thérapeutique du diabète.

Les diabètes aggravés et compliqués réclament parfois des médications qui devraient être repoussées dans le diabète pur. Quand un malade décline et frise la période cachectique, la médication tonique reprend ses droits, et la parole revient aux médicaments capables d'accélérer une nutrition qui déchoit. C'est un argument de plus à l'appui de ce principe que l'état de la nutrition est le seul guide à peu près sûr que nous possédions pour diriger le traitement des diabétiques.

III

LA DÉMINÉRALISATION ORGANIQUE CHEZ LES DIABÉTIQUES. UN MOT SUR LE RÉGIME ET L'HYGIÈNE.

Je n'insiste pas sur le régime et sur l'hygiène. Ils ont été trop bien fixés par Bouchardat pour qu'il soit nécessaire

Tracé n° 1. — Ce long tracé donne la marche du diabète pendant quatre mois de traitement, chez une femme de 33 ans, infirmière. La maladie, datait d'au moins deux ans. Le sujet (d'ailleurs indocile) avait suivi sans succès les traitements divers du diabète, bromure de potassium, traitement de Martineau, alcalins, injections d'extraits de pancréas. Après vingt-deux jours de mon traitement et de régime le sucre était tombé de 472 grammes à 0 gramme, il oscille ensuite d'une façon très irrégulière, ces écarts sont dus aux infractions de la malade au traitement, mais le tracé montre que le traitement institué, quand il est sérieusement pratiqué, produit un résultat très remarquable.

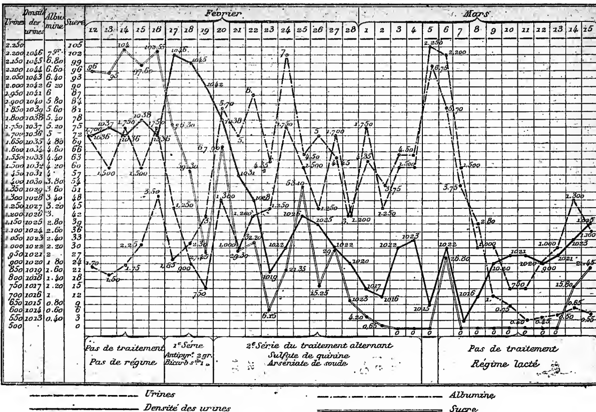
d'y revenir. Le seul point qu'on puisse ajouter, c'est que les diabétiques ont une tendance à se déminéraliser. Le coefficient de déminéralisation s'élève de 30 à 40 et 45 0/0. De là l'urgente indication d'obvier à une déperdition dont les conséquences lointaines sont des plus graves, car les principes inorganiques forment le squelette virtuel de chaque cellule; ils constituent leur sol et sont l'un des agents essentiels de leur nutrition. Leur insuffisance est une condition morbide dont j'ai eu maintes fois l'occasion de montrer le rôle pathogène. Citons, à titre d'exemple, la déminéralisation prétuberculeuse et les albuminuries d'origine phosphaturiques.

Dans une maladie comme le diabète où la tuberculose apparaît à titre de si fréquente complication, cette notion de la déminéralisation ne doit point être négligée : il faut la rechercher et la combattre, et pour cela, il conviendra d'ajouter à l'alimentation le ou les éléments qui font défaut à l'organisme.

Pour le *chlorure de sodium*, la chose est facile. Il suffit de saler plus fortement la nourriture et d'insister sur les aliments naturellement salés, comme les olives, les salaisons, etc. Contour et Martin-Solon avaient même mis le sel au nombre des médicaments du diabète.

Dans le cas de déperdition de *potasse*, on insistera sur les légumes verts et l'on choisira ceux qui sont les plus riches en ce principe, comme les choux et la chicorée. On pourra aussi employer, pour couper le vin au repas, une solution de 5 à 6 grammes de tartrate de potasse ou sel de Seignette par litre d'eau.

Pour remédier aux pertes *phosphatiques*, *magnésiennes* et *calciques*, on a deux ressources, celle d'une alimentation choisie, de l'emploi des glycéro-phosphates de chaux et de magnésie que j'ai récemment introduits dans la thérapeutique et qui sont bien les préparations phosphatiques les



TRACÉ N° 2, — Diabète datant de huit ans, avec albuminurie considérable.

plus assimilables que je connaisse. On les prendra à la dose de 0gr,30 par repas, soit en cachets, soit mélangés avec un jaune d'œuf.

Enfin, je recommande notamment, dans le même but, le *bouillon* qu'il serait bien temps de décharger de tous les méfaits dont on l'accuse au nom d'idées théoriques que rien ne justifie. On l'a même qualifié de « dissolution de poisons » quand il est, au contraire, non seulement le meilleur des peptogènes, c'est-à-dire le tonique par excellence de l'estomac, mais aussi une solution de sels inorganiques parfaitement assimilables et représentant, à peu de chose près, l'ensemble des principes salins réclamés par un organisme en voie de déminéralisation.

Aucun diabétique ne peut se passer d'*exercice*. Mais celui-ci doit être graduel et modéré. Il ne faut pas chercher à faire comme certains l'ont conseillé, le maximum d'exercice dans le minimum de temps. On ne doit demander à la musculation que son action tonique et régularisante sur la circulation et ne pas l'exagérer jusqu'au moment où elle active la désassimilation.

IV.

LES MÉDICAMENTS DU DIABÈTE.

L'indication médicamenteuse posée plus haut, peut être remplie par les agents suivants :

Tracé n° 2. — Diabète compliqué d'albuminurie, datant d'environ huit ans, chez un homme de 38 ans, employé de commerce. Antécédents alcooliques invétérés. Le malade quoiqu'accusant au début, un amaigrissement, pèse encore près de deux cents livres. Un mois de traitement fait tomber le sucre à zéro et l'albumine n'existe plus qu'en quantités presque négligeables, si on les compare aux doses précédentes de 5 et 6 grammes par jour. A la fin de l'observation le malade a quitté l'hôpital et le sucre commence à remonter, en raison de la moindre surveillance du régime.

L'*antipyrine*, les *alcalins*, les *alcalino-terreux*, le *bromure de potassium*, les *arsenicaux*, les *opiacés*, la *belladone*, la *valériane*, le *quinquina*, le *sulfate de quinine* et *l'huile de foie de morue*. Avec des titres différents, ils méritent de concourir au traitement du diabète. Certes, ils ne sont pas les seuls, mais comme je les ai longuement étudiés et qu'il m'est possible de fixer très exactement les règles de leur emploi, nous nous en tiendrons à eux.

Pour obtenir leur maximum d'effet utile, il importe de les sérier en trois groupes. Le premier groupe comprend l'antipyrine. Le deuxième groupe renferme les arsenicaux, la codéine, les alcalino-terreux, le sulfate de quinine. Dans le troisième groupe sont rangés la valériane, l'opium, la belladone, le bromure de potassium. Quant au quinquina, aux alcalins et à l'huile de foie de morue, ils font partie des trois groupes, à titre de médication adjuvante.

Chaque groupe correspond à une étape du traitement auquel je donne le nom de *traitement alternant* et que nous allons maintenant étudier dans les détails de son application.

J'exposerai ensuite, dans une vue d'ensemble, la conduite générale du traitement.

V

PREMIÈRE ÉTAPE DU TRAITEMENT ALTERNANT

1° L'antipyrine est le *médicament essentiel* de cette étape. Elle diminue la désassimilation générale, le coefficient d'oxydation ou d'utilisation des matières albuminoïdes, l'oxydation du soufre et du phosphore, preuves de son action modératrice sur le système nerveux.

Mode d'emploi. — On l'administre à la dose de 2 grammes par jour ; la dose de 3 grammes est un maximum qui ne

sera jamais dépassé. On l'associe au bicarbonate de soude dans la formule suivante :

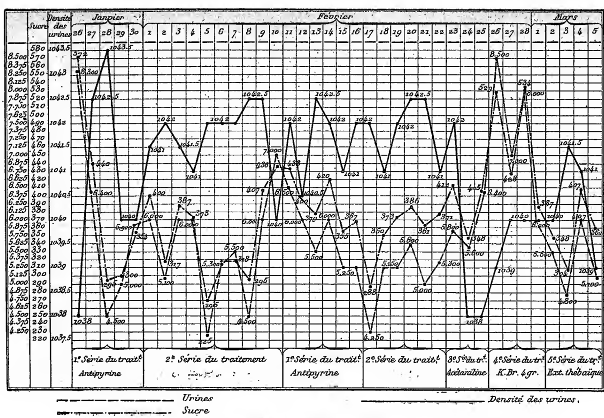
Antipyrine.......................	1 gramme.
Bicarbonate de soude...........	0gr,50.

En un paquet. Faites 10. — Prendre une heure avant le déjeuner et le dîner, un des paquets ci-dessus, dissous dans un peu d'eau de Vals, source Dominique.

L'antipyrine ne doit jamais être un *médicament d'habitude*. Son emploi ne sera, en aucun cas, prolongé plus de cinq jours au plus. Ce temps écoulé, il faudra toujours la suspendre parce qu'elle pourrait provoquer l'apparition de traces d'albumine dans l'urine. Cette albumine est, il est vrai, transitoire, mais son entrée en scène a toujours quelque chose d'inquiétant puisqu'elle traduit un nouveau trouble de nutrition toujours préjudiciable au diabétique. Cette albumine n'apparaissant jamais avant le septième jour de l'administration de l'antipyrine, on n'aura aucune crainte à concevoir si l'on se maintient strictement dans la limite que je viens de fixer.

Contre-indications. — Si le diabétique est en même temps albuminurique, l'antipyrine est à peu près contre-indiquée. Pourtant, j'ai vu des cas où, donnée pendant cinq jours à la dose de 2 grammes par jour, elle a diminué le sucre de moitié sans augmenter l'albumine. Mais comme ces cas sont rares, il faut agir avec circonspection et ne l'employer que si la polyurie et la glycosurie sont considérables avec seulement des traces d'albumine.

Je suis convaincu que l'antipyrine peut rendre à la plupart des diabétiques de grands services et qu'elle est appelée à prendre une place importante dans leur traitement ; mais, comme tous les agents vraiment actifs, c'est une arme



Tracé n° 3. — Diabète pancréatique.

à deux tranchants dont il serait imprudent de se servir indistinctement dans tous les cas.

Il est donc nécessaire d'en connaître les *contre-indications*. J'ai déjà cité l'albuminurie. Ajoutons que l'antipyrine doit être réservée aux diabétiques gras et qu'elle sera formellement défendue à ceux qui frisent la période de déchéance, à plus forte raison aux diabètes aggravés. Son action est à peu près nulle dans le diabète pancréatique. L'anorexie, l'amaigrissement rapide, la faiblesse constituent encore autant de contre-indications.

Appréciation des effets de l'antipyrine. — En dehors de ces cas, il est difficile de dire d'avance si l'antipyrine conviendra ou non à un diabétique donné. Toutefois, quand on a commencé la cure, l'apparition de certains symptômes doit la faire suspendre sans délai ; par exemple, la perte de l'appétit, l'oppression, la pâleur du visage, la bouffissure des paupières et une sensation particulière de tension dans la face.

Enfin, je suis en mesure de fournir une manière très pratique de s'assurer d'emblée de l'influence favorable ou

---

TRACÉ N° 3. — Ce tracé donne la courbe du sucre, pendant six semaines de traitement, chez un malade de 32 ans atteint d'un diabète d'origine pancréatique. La maladie semble remonter à environ un an avant le traitement. Le malade est dans un état de santé très précaire, il a maigri considérablement et perdu ses forces, il est atteint d'une véritable boulimie et d'une soif très vive. Le sucre monte jusqu'à près de 600 grammes par jour. En inspectant le tracé, on voit que chaque série de médication, du 26 janvier au 24 février, amène presqu'immédiatement un abaissement du sucre, mais celui-ci remonte rapidement. Au 23 février on essaye l'acétanilide puis le bromure de potassium sans aucun résultat, puisque le sucre remonte à 540 grammes. L'emploi de l'extrait thébaïque baisse un peu le titre du glucose mais sans pouvoir fournir de résultat sérieux. C'est là le caractère bien net des diabètes pancréatiques chez lesquels les médications se montrent toujours impuissantes.

défavorable du médicament. Pour cela, il faut chaque jour doser le sucre, mesurer la quantité de l'urine et prendre sa densité. Si le *sucre ne s'abaisse pas rapidement*, si, par exemple, après quatre jours de traitement, la diminution ne dépasse pas 10 à 15 p. 100, il sera inutile de revenir plus tard à l'antipyrine. Si un abaissement marqué du sucre et de la polyurie coïncide avec une élévation de la densité à 3 ou 4 degrés au-dessus du chiffre initial, et que cette élévation persiste pendant les quatre à cinq jours de la cure, cessez définitivement le médicament. Mais si durant cette première épreuve, le sucre, la polyurie s'abaissent, pendant que la densité fléchit ou reste tout au moins stationnaire, l'action est favorable et le malade est justiciable de l'antipyrine.

2° Les *moyens adjuvants* de cette première étape du traitement alternant sont :

a. L'huile de foie de morue, à la dose d'une à deux cuillerées par jour, de préférence au commencement des repas. Son emploi n'a rien d'absolu ; il faut se guider avant tout sur l'estomac du diabétique. Si elle n'est pas tolérée, la remplacer par le beurre. Il va de soi qu'elle doit être supprimée pendant les périodes de chaleur. Elle est surtout indiquée chez les malades qui se refroidissent facilement et chez les descendants de tuberculeux.

b. Les alcalins relèvent principalement de la deuxième étape. Ils ne figurent ici qu'à titre accessoire, pour aider l'emploi de l'antipyrine.

c. Avoir soin de surveiller les fonctions intestinales.

En cas de constipation, donner le matin à jeun, 15 à 20 grammes de sel de Seignette, dissous dans un peu d'eau tiède. Ce sel est, pour les diabétiques, un purgatif de choix. Il offre le très grand avantage d'alcaliniser légèrement le sang, et de remédier aux déperditions potassiques dont

l'influence fâcheuse n'a point été suffisamment mise en relief. La théorie des accidents dus à la rétention des sels de potasse a fait son temps, et l'on en revient aux idées de Bouchardat qui vantait l'emploi de ces sels dans le diabète.

(*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

Le procédé de la ficelle dans les accouchements,

Par le Dr Albespy, de Rodez.

Tous les médecins qui pratiquent les accouchements savent combien l'application du forceps au détroit supérieur nécessite parfois, dans les rétrécissements ou les malformations du bassin, dans les présentations de la face ou simplement quand la tête de l'enfant est forte et peu engagée, les contractions utérines faibles ou presque nulles, des efforts de traction soutenue énergiques. Il n'est pas rare, qu'à ce jeu, les bras se fatiguent, au point de ne pouvoir continuer l'opération avant d'avoir atteint le but. Très heureux l'accoucheur qui peut se remettre à l'œuvre avec chance de succès. Dans le cas contraire, l'enfant court un sérieux danger, la parturiante est désolée, perd courage et confiance, et l'entourage autant qu'elle. Heureux le médecin qui a assez de force de caractère pour conserver tout son sang-froid et ne se laisse point démonter. A la ville, on appelle un confrère à son secours, à la campagne, loin de tout appui, il faut accepter la situation telle que la fatalité vous l'a faite, avec la responsabilité tout entière et se tirer d'affaire comme l'on peut.

Qu'il me soit permis de divulguer un petit procédé dont j'use depuis de longues années, d'invention peu méritoire et, pour cela peut-être, plus facile à retenir. Je m'en sers pour toutes les applications au détroit supérieur. Mes confrères de Rodez l'ayant adopté, je le crois bon. Nous l'avons appelé le *Procédé de la ficelle*. Le voici tel que je le pratique.

La parturiante étant classiquement placée, les branches du forceps en place, je prends une chaise un peu basse et me place commodément en face comme pour examen au spéculum. Muni d'une cordelette de $1^m,50$ cent. environ, grosse comme un gros porte-plume, solide, inextensible, préalablement aseptisée et portant une petite anse à une extrémité. Je passe le manche gauche du forceps à travers cette anse, et puis celui de droite en 8 de chiffre deux ou trois fois répété, ensuite la cordelette est conduite de gauche à droite derrière mes reins et ramenée sur l'autre manche en croix, où elle est retenue de manière à pouvoir la raccourcir ou bien l'allonger à mon gré. Le tout ainsi disposé, je pèse de mes reins sur la corde avec une force calculée suivant les besoins, mais pouvant devenir telle, qu'en appuyant un seul pied contre le lit ou tout autre obstacle, je puis amener la parturiante et les aides. Pendant ce temps mes mains sont libres et occupées à diriger l'instrument. Moi-même, en me déplaçant sur la chaise, je puis diriger les tractions à droite ou à gauche, en haut ou en bas, suivant la nécessité. Cet exercice peut durer aussi longtemps que l'on veut, sans aucune fatigue pour l'accoucheur.

Ce procédé, dit *de la ficelle* bien appliqué n'offre aucun danger, mais cependant appliqué aveuglément, il ne laisserait pas d'avoir quelques inconvénients sérieux qu'il faut connaître si l'on veut ne pas avoir en dernier résultat des mécomptes.

1° Il est utile d'employer une cordelette assez grosse et

non une simple ficelle sans quoi l'acccoucheur risquerait d'avoir les reins blessés pendant les tractions ;

2° Les tractions doivent être modérées et intermittentes, c'est-à-dire suivre les allures du travail, il faut lâcher un peu la corde pendant les temps de repos, afin de permettre à la circulation cranienne de se faire convenablement, autrement dit il faut laisser *respirer* l'enfant ;

En agissant autrement, on s'exposerait à mettre au monde un enfant mort, par compression céphalique trop forte ; car il ne faut pas perdre de vue que plus les tractions sont énergiques, plus les manches du forceps se rapprochent et plus la tête est serrée entre les cuillers.

3° La tête descendue sur le périnée, la corde étant devenue inutile est retirée et l'accouchement conduit comme dans les cas les plus simples.

On pourra m'objecter qu'un procédé de traction susceptible de développer assez de force pour entraîner la parturiante et les aides, comme je l'ai dit plus haut, est capable de blesser la malade et de causer de sérieux désordres. Cela serait exact, au cas où l'accoucheur serait brutal, mais j'ai eu soin de recommander à l'opérateur de ne développer que juste assez de force pour aider à la délivrance. Il en est de mon procédé comme de toutes les interventions chirurgicales, il demande à être employé avec tact et prudence.

En résumé, le *procédé de la ficelle* ménage donc les bras de l'accoucheur et lui procure un sérieux apport de force. C'est un renfort commode et facile.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de l'Hôtel-Dieu)

M. le professeur Duplay

Traitement des prolapsus génitaux

Dans une clinique faite à l'Hôtel-Dieu, le professeur Duplay à propos de deux malades, l'une atteinte de prolapsus génital total, l'autre d'un prolapsus vaginal simple, fait le diagnostic et la pathogénie des prolapsus génitaux et en formule ainsi le traitement.

α. Quand il s'agit d'un prolapsus de l'utérus dû à une endométrite, à un allongement hypertrophique du col, l'indication est de recourir au curettage utérin, à l'amputation du segment cervical de la matrice.

β. Si le prolapsus utérin résulte d'un néoplasme, fibrome, cancer, de lésions bilatérales des annexes, l'ablation de l'utérus par le vagin, l'hystérectomie vaginale est formellement indiquée.

γ. Quand l'utérus prolabé est sain, on ne doit pas faire l'hystérectomie, car, dans bon nombre de cas où l'utérus a été enlevé dans ces conditions, le prolapsus des parois vaginales, la cystocèle, la rectocèle se sont vite reproduites. Dans ces cas, lorsque le périnée semble suffisant (et ces cas, ajoute le professeur Duplay, sont extrêmement rares), où, par conséquent, l'appareil suspenseur de l'utérus sain paraît seul en cause, on a eu l'idée de s'adresser à cet appareil, on a raccourci les ligaments ronds, c'est l'opération dite d'Alquié-Alexander; on a pratiqué l'hystéropexie, c'est-à-dire la fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure. On a pu ainsi obtenir de bons résultats,

mais il y a souvent des récidives, car il y a presque toujours en même temps faiblesse périnéale.

δ. Dans les cas où l'utérus hernié par le vagin est sain, non augmenté de volume, où il est seulement abaissé et où cet abaissement s'accompagne de rectocéle, de cystocèle, de prolapsus simple des parois vaginales, c'est à l'appareil de soutènement de l'utérus, au vagin, au périnée qu'il faut s'adresser.

L'ablation de l'utérus seul n'empêche pas la reproduction des prolapsus vaginaux, de plus, l'hystérectomie peut être dangereuse dans les cas anciens à cause des lésions rénales qui parfois ne sauraient être reconnues et qui aggravent le pronostic opératoire.

Il faut, pour remédier à la cystocèle, au prolapsus simple de la paroi antérieure du vagin, pratiquer le rétrécissement de cette paroi, faire, en un mot, l'*élytrorrhaphie antérieure*; pour supprimer la rectocèle, il faut faire l'*élytrorrhaphie postérieure;* il faut combiner ces deux opérations si les lésions sont complexes, s'il y a hernie concomittante de l'utérus, et y joindre une bonne *périnéorrhaphie*. Ces opérations doivent être exécutées largement.

OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Terminologie technique et scientifique.

Par M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

Depuis quelques années la chirurgie opératoire s'enrichit d'un nombre considérable de nouvelles opérations, tantôt désignées sous le nom du chirurgien qui, le premier, les a préconisées, tantôt par un terme scientifique se rapportant

à la région anatomique ou à l'organe qui est le siège de l'opération.

Cette multiplication de proeédés opératoires désignés par des appellations très variées, fait que le praticien qui lit les journaux médicaux et veut se tenir au eourant de la seience est souvent arrêté dans la lecture d'un eompte rendu, même d'un mémoire, par une nouvelle dénomination opératoire. Nous croyons faire œuvre utile en publiant, sous forme d'un vocabulaire et sous le titre que nous avons pris en tête de ees lignes, la définition et l'explication des opérations faites en chirurgie.

Nous commeneerons par l'énoncé de quelques opérations qui se pratiquent sur le col de l'utérus, sur le vagin, le périnée et sur les moyens de fixités de l'utérus prolabé.

Opération de Récamier. — Curetage ou curage de la muqueuse utérine.

Opération de Marckwald. — Amputation du eol par la méthode à deux lambeaux ou par exeision conique à lambeaux coniques.

Opération de Schrœder. — Amputation du eol à un lambeau, ou amputation anaplastique sous-vaginale du eol utérin. Amputation du eol à un lambeau. Amputation de Schrœder. C'est l'excision de la muqueuse malade et d'une partie de la musculeuse du col de l'utérus (après curettage).

Opération de Bouilly. — C'est l'amputation du eol de l'utérus par exeision d'une partie de la muqueuse en respectant la muqueuse des parties latérales pour éviter l'atrésie du col.

Opération d'Emmet ou trachélorrhaphie ou suture du col. Opération destinée à réparer la déehirure du col de l'utérus conséeutive à l'aeeouchement, après avivement de la muqueuse.

Opération d'Alquié-Alexander-Adams ou simplement opé-

ration d'Alquié-Alexander. Raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Opération de Gill Wylie. — Raccourcissement intra-abdominal par plicature ou repliement de chacun des ligaments ronds.

Opération de Kelly. — Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.

Hystéropexie. — Fixation de l'utérus prolabé.

Hystéropexie abdominale ou gastro-hystéropexie, ventro-fixation, gastro-hystéro-synaphie, gastro-hystérorrhaphie, laparo-hystérorraphie. Fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure préalablement incisée.

Hystéropexie vaginale. — Colpo-hystéropexie. Opération qui a pour but de fixer, à l'aide du vagin, l'utérus réduit (amputation du col) et amené en bonne position.

Métro-Elytrorrhaphie. — Union de la paroi vaginale antérieure ou de la face antérieure du col de l'utérus avec la paroi postérieure du vagin.

Elytrotomie interligamentaire. — Opération qui consiste à aller rompre les adhérences de l'utérus en rétrodéviation à travers le cul-de-sac de Douglas incisé et à remettre l'organe en bonne position.

Elytrorrhaphie ou colporrhaphie. — Opération qui consiste à aller affronter deux surfaces d'avivement dans le vagin et à oblitérer ainsi partiellement le conduit vaginal. Elle porte, soit sur la paroi antérieure du vagin contre la cystocèle (élytrorrhaphie ou colporrhaphie antérieure), soit sur la paroi postérieure du vagin contre la rectocèle (élytrorrhaphie ou colporrhaphie postérieure) ou sur les deux parois en même temps.

Périnéorrhaphie. — Opération qui a pour but de réparer

les déchirures du périnée ou refaire le périnée insuffisant et relâché.

Il existe de nombreux procédés.

Colpopérinéorrhaphie. — Opération dont l'avivement et les sutures portent non seulement sur le périnée, mais aussi sur la paroi postérieure du vagin.

Elytroplastie ou autoplastie du vagin par la méthode indienne.

Cystoplastie par glissement ou autoplastie vaginale par locomotion ou opération de Jobert de Lamballe.

Colpocléisis ou Kolpokléisis ou opération de Simon.—Occlusion du vagin par avivement et sutures des parois vaginales.

Episiorrhaphie. — Oblitération du vagin par avivement de la face interne des grandes lèvres et par leur réunion par sutures.

(A suivre.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Thérapeutique chirurgicale.

Traitement de la blennorrhagie chez l'homme, par Julliard (*Journal des praticiens*, mai 1895). — M. Julliard donne les conseils suivants :

1° *Période aiguë* (Médication antiphlogistique). Bains chauds de 3/4 d'heure, tisanes émollientes d'orge ou de chiendents, avec addition de bicarbonate de soude (1 gramme par litre), ou tisane d'uva-ursi, eau de goudron, édulcorée avec le sirop de tolu ou infusion de bourgeons de sapin. Contre les douleurs périnéales : sangsues. Contre les érections nocturnes, lavement suivant :

Eau chaude........................	45 grammes.
Antipyrine..................	1gr,50 à 2 —

Laudanum de Sydenham XV à XX gouttes :
Ou bien un suppositoire :

Hydrochlorate de morphine.	0,008 à	0,010 milligrammes.
Extrait thébaïque........	0,03 à	0,05 centigrammes.
Extrait de belladone..............		0,02 —
Beurre de cacao............	2gr,50 à	3 grammes.

2° *Période de déclin* (Médication suppressive).

Quand le pus devient purulent, emploi des balsamiques en opiat :

Copahu................................	1 gramme.
Cubèbe pulvérisé......................	2 grammes.
Essence de menthe....................	I goutte.

F. S. A. — On peut substituer à l'essence de menthe 13 centigrammes de cachou. Six à huit bols par jour.

Ou bien : capsules d'extrait hydro-alcoolique de cubèbe ou d'essence de santal. Les doses seront décroissantes à mesure que l'écoulement diminuera.

3° *Période thermale* (Moyens locaux quand la médication suppressive ne suffit point). *Injections totales* de 20 grammes avec les solutions suivantes :

Permanganate de potasse.........	0gr,20.
Eau distillée et bouillie............	1000 grammes.

Ou bien :

Sulfate de zinc....................	1 gramme.
Acétate de plomb.................	2 grammes.
Laudanum de Sydenham.........	ãã 4 —
Teinture de cachou..............	
Eau distillée......................	200 —

Ou bien encore, s'il existe toujours des gonocoques, solution de nitrate d'argent à un dix ou vingt millième et de sublimé à un demi-millième. *Instillation* avec le nitrate d'argent, solution forte au cinquantième ou faible au cinq cen-

tième, avec une seringue de 4 grammes et par gouttes, selon la méthode de Guyon.

Anesthésie de la vessie par l'antipyrine, par le Dr Pousson (*Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1895). — Le Dr A. Pousson a recours à l'emploi de l'antipyrine comme anesthésique de la vessie dans les cas suivants : 1° Pour examiner la vessie au cystoscope ; 2° pour l'explorer à l'aide d'un lithotriteur; 3° pour pratiquer de courtes séances de broiement de petits calculs; 4° pour laver à la solution argentique la vessie enflammée.

Il s'est toujours servi uniformément chez tous ses malades d'une solution d'antipyrine à 2 0/0 qu'on peut porter à 4 0/0 sans danger.

La quantité injectée a varié suivant la nature de la manœuvre intravésicale et surtout suivant l'état de la vessie. Le temps pendant lequel il a laissé séjourner le liquide dans le réservoir a varié également de 5 à 10 minutes.

Les résultats ont été généralement satisfaisants.

Anesthésie de la vaginale et traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode. Dr Nicaise (*Communication à l'académie de médecine*, juin 1895).

M. Nicaise rappelle que l'injection iodée est une méthode de traitement de l'hydrocèle, très simple dans sa technique, mais parfois douloureuse. Depuis 1889, il a adopté le procédé suivant :

1° Mesures antiseptiques habituelles. Puis ponction de l'hydrocèle avec le crochet classique et issue d'une partie du contenu séreux (un tiers environ) ;

2° Dans la sérosité restant dans la vaginale, injecter par la canule du trocart avec une seringue de 3 à 4 centimètres cubes, une solution aqueuse de cocaïne à un pour cent;

3° Malaxage léger de la bourse. Cinq minutes après, évacuation totale de la sérosité. Puis injection de teinture d'iode

pure ou coupée par un tiers d'eau, selon les indications (ancienneté de l'hydrocèle, âge du sujet).

Nouveau malaxage; puis issue, cinq minutes après, de la teinture d'iode.

L'opération pratiquée par M. Nicaise n'est point douloureuse; elle utilise comme excipient de la cocaïne, un liquide naturel, et elle évite l'absorption exagérée de cet agent anesthésique, exagération fréquente, même avec une solution pure et également titrée.

M. Nicaise recommande ces précautions techniques pour mettre à l'abri des accidents causés quelquefois par la cocaïne.

Thérapeutique médicale.

Bains chauds dans la méningite cérébro-spinale (Vorochilsky, *Jayno-rousskaia meditsinskaia Gazetta*, 1895, n° 4). — Encouragé par le succès éclatant obtenu par Aufrecht, en 1884, dans un cas de méningite cérébro-spinale très grave, l'auteur a soumis deux méningitiques cérébro-spinaux au traitement par les bains chauds. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, d'aspect tuberculeux, atteint de méningite cérébro-spinale nettement accusée : céphalalgie intense; vomissements, raideur de la nuque, hyperesthésie générale, pouls 60, température 37°,8; rien du côté des yeux. Tous les symptômes ne firent que s'aggraver dans les premiers jours après son entrée à l'hôpital, le pouls devint lent et irrégulier, la faiblesse s'accentua davantage; c'est alors que l'on se décida à donner le premier bain chaud, suivi bientôt d'une légère amélioration de l'état général. L'amélioration s'accusait de plus en plus avec les bains ultérieurs, et, après le huitième bain, la guérison était à peu près complète. Quant au second cas, il n'en différa que par sa gravité plus grande, par suite de l'asthénie cardiaque dont souffrait le malade.

L'auteur attire d'autant plus l'attention sur les résultats

favorables fournis par les bains chauds que, dans les deux cas cités plus haut, il avait échoué avec toutes les médications usuelles continuées pendant plusieurs jours consécutifs.

Les bains étaient prescrits tous les jours; leur température atteignait 40 degrés centigrades; leur durée était de dix minutes environ.

Traitement de la fièvre des tuberculeux, par le Dr Plicque (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1895). — Que le type de la fièvre soit presque continu ou qu'il soit remittent, la cure d'air libre, *au repos*, et continuée autant que possible la nuit, constitue le plus puissant des moyens contre la tuberculose fébrile.

Dans les deux cas on s'abstiendra des médicaments antipyrétiques (quinine, antipyrine) donnés par la voie stomacale.

Contre les accès quotidiens ou biquotidiens, au premier type on donnera le matin, dans une tasse de lait chaud sucré, une cuillerée à café de la teinture suivante :

Teinture de kola................	} àà 50 grammes.
Teinture de coca...............	

et après le repas un verre à bordeaux de vin de quinquina. Des frictions sèches et alcooliques seront faites matin et soir sur tout le corps.

Contre les grands accès du second type on emploiera de préférence les injections hypodermiques de quinine ou d'antipyrine sous les formules suivantes :

Bichlorhydrate de quinine..	5 grammes.
Eau distillée................	10 centimètres cubes.

Cette solution doit être claire. Injections à la région fessière en enfonçant profondément l'aiguille.

Une seringue de Pravaz renferme 0,50 cent.

Antipyrine................................	2 grammes.
Eau de laurier-cerise.....................	2 —
Eau distillée.............................	6 —

A employer surtout quand la fièvre survient à l'occasion d'un rhume, d'une légère congestion.

Traitement de l'hémoptysie, — M. W. Morain, (dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, donne les conseils suivants :

Dès qu'un malade crache le sang, il faut le débarrasser de tous les vêtements capables de comprimer le thorax et le cou; puis le faire asseoir, de façon que le tronc soit presque vertical. Il faut exiger de sa part un silence et un repos absolus et faire ouvrir les fenêtres de la chambre.

On peut, en attendant mieux, lui faire sucer de petits fragments de glace, sans espérer toutefois en obtenir des résultats bien sérieux.

Puis on administrera de l'ergotine ou mieux de l'ergotinine, en se servant de préférence de la voie sous-cutanée.

On injectera par exemple de la solution suivante :

Ergotine	2	grammes.
Glycérine neutre	15	—
Eau	15	—

ou bien on fera usage de la solution d'ergotinine de Tanret qui renferme un milligramme de principe actif par centimètre cube; on en injectera d'abord une demi-seringue et on pourra renouveler la dose toutes les deux ou trois heures, sans toutefois dépasser autant que possible 2 milligrammes.

Si l'on n'a pas à sa disposition d'ergotine, on donnera de l'ergot de seigle à la dose de 2 à 3 grammes.

On évitera de faire usage du perchlorure de fer dont on est en droit de rien attendre et on s'adressera à l'opium, soit en pilules, en faisant prendre au malade d'heure en heure, et jusqu'à somnolence, une pilule de 25 milligrammes d'extrait thébaïque (on peut sans inconvénient atteindre 25 et même 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures), soit sous forme d'injections sous-cutanées de mor-

phine dont l'effet est beaucoup plus rapide (1 à 2 centigrammes de morphine). Voici encore une autre manière d'administrer l'opium : elle consiste à faire prendre au malade, par cuillerées à soupe, dans la journée, la potion suivante :

Extrait thébaïque......... 10 à	25 centigrammes.
Eau de Rabel..................	5 grammes.
Eau............................	120 —

En même temps, on s'efforcera d'obtenir une révulsion aussi énergique que possible : pour cela appliquer des sinapismes aux membres inférieurs et des ventouses sèches sur la poitrine.

Dans les hémorragies abondantes, la ligature des membres est parfois utile, et, lorsqu'il y a menace de syncope, les piqûres d'éther et l'administration de lavements d'eau salée, que le malade gardera, peuvent rendre de bons services.

Si tous ces moyens échouent, on aura recours à l'ipéca que l'on peut administrer de deux manières différentes : soit à dose vomitive, en faisant prendre au malade de 2 à 4 grammes d'ipéca dans l'espace d'une demi-heure, soit à dose nauséeuse, en donnant cinq à six fois de suite, à dix minutes d'intervalle, 10 centigrammes de poudre d'ipéca. Dans le même ordre d'idées et pour provoquer l'état nauséeux, nous prescrivons volontiers 25 à 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep gommeux, dont le malade doit prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Enfin l'application d'une vessie de glace sur la poitrine produit souvent de bons effets.

Comme alimentation, on ne permettra que du lait glacé, du champagne frappé, du bouillon froid et de la limonade citrique.

Voilà en quelques mots la conduite à tenir.

Il nous reste pour terminer à ajouter quelques mots sur les moyens adjuvants à mettre en œuvre en présence d'un

cardiaque atteint d'hémoptysie. Ici l'indication la plus formelle est d'administrer les toniques du cœur, on prescrira donc la digitale ou la caféine.

Électrothérapie.

Action thérapeutique des courants à haute fréquence (Apostoli et Berlioz, Académie des sciences, 18 mars 1895. Note présentée par M. d'Arsonval). — M. le professeur d'Arsonval a introduit en électrothérapie des procédés nouveaux d'électrisation basés sur l'emploi des courants à haute fréquence.

MM. Apostoli et Berlioz ont expérimenté, depuis un an, une de ses méthodes (l'auto-conduction) sur soixante-quinze malades. Voici les conclusions cliniques sommaires de ces auteurs, qui viennent confirmer pleinement les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval sur le même sujet.

Ces courants, lorsqu'ils enveloppent complètement le malade et agissent par auto-conduction, restent inefficaces et impuissants contre la plupart des troubles hystériques et contre certaines névralgies localisées, ainsi que les névrites, qui ne paraissent pas directement justiciables de leur action à distance; mais ces mêmes courants exercent une influence manifeste et puissante sur l'activité nutritive, qu'ont démontrée 267 analyses d'urine, et qui se traduit par une suractivité constante des combustions organiques : diminution du chiffre de l'acide urique, — élévation jusqu'à la normale du taux de l'urée, — tendance au rapprochement vers leur rapport respectif moyen de 1/40e.

Aussi, ces courants exercent-ils une action modificatrice considérable contre les troubles provoqués par un ralentissement ou une perversion de la nutrition, et ils manifestent rapidement leur action bienfaisante par une restauration des forces et de l'énergie musculaire, le réveil de l'appétit, meilleur sommeil, etc., toutes modifications qui précèdent les

améliorations locales qui s'opèrent ultérieurement dans les troubles locaux trophiques ou douloureux.

En résumé, MM. Apostoli et Berlioz viennent apporter la preuve clinique qui démontre que les courants à haute fréquence sont destinés à devenir une médication puissante dans les maladies dites par *ralentissement de la nutrition* (arthritisme, rhumatisme, goutte), et très probablement aussi dans la glycosurie, conformément à ce qu'avait annoncé M. d'Arsonval.

Maladies de la peau.

Traitement de la pelade (Communication du docteur Sabouraud à la Société de dermatologie; séance du 9 mai 1845). — Voici la technique adoptée par l'auteur :

1° Traiter la plaque péladique par une couche de vésicatoire liquide;

2° Le lendemain, abrasion de la phlyctène, pour mettre le chorion à nu. Puis application de nitrate d'argent au quinzième.

Les résultats obtenus par l'auteur sur cent cas notés depuis six mois, comparativement à ceux des autres médications classiques, tiennent le premier rang par leur rapidité.

Traitement du favus par la chaleur (F. Zinsser, *Archiv für Dermatologie und Syphilographie*, Bd. XXIX). — S'appuyant sur les données expérimentales, d'après lesquelles le parasite du favus est très sensible à la chaleur et meurt en quelques heures exposé qu'il est à une température de 50 degrés centigrades, l'auteur a essayé l'action de la chaleur dans quatre cas de favus.

Après avoir rasé le cuir chevelu, il couvrit la tête des malades de compresses imbibées de sublimé (à 1/25000); sur ces compresses, il apposa l'appareil de Leider ou des tubes de zinc en spirale parcourus par un courant d'eau à 50 degrés centigrades. Cet appareil était conservé pendant toute la journée et il n'était enlevé que la nuit.

Sur les quatre cas traités, la guérison définitive survint dans trois cas après huit jours de traitement; échec dans le quatrième cas où les conditions étaient défavorables.

Traitement du prurit scrotal. Dr Brocq (*Consultation externe. Hospice La 'Rochefoucauld. In Presse Médicale*, (1er juin 1895). — Le prurit du scrotum est une affection des plus pénibles et des plus rebelles. C'est une véritable névrose cutanée (Brocq), susceptible de généralisation, car il n'est pas rare de trouver, chez les sujets qui en sont atteints, des plaques de névro-dermites. Cette névrose produit des démangeaisons parfois continuelles, plus souvent soumises à des exacerbations plus ou moins fréquentes, survenant sous forme d'accès, principalement le soir vers cinq heures ou dix heures. Le besoin de se gratter, absolument impérieux, peut amener de véritables crises nerveuses générales et même du délire; dans certain cas, on a vu ces accès devenir insupportables, au point de suggérer à ceux qui en sont atteints des idées de suicide.

Contre cette affection qui peut, par ses conséquences, devenir si grave, il faut instituer un traitement local et général. M. Brocq conseille le traitement suivant :

1° D'abord, l'enveloppement phéniqué qui lui a souvent donné d'excellents résultats. Voici comment on doit procéder.

Formuler une solution phéniquée forte, ainsi composée :

Acide phénique.....................	20 grammes.
Glycérine neutre....................	75 —
Alcool..............................	25 —
Eau distillée.......................	300 —

Faire un mélange avec une partie de cette solution et quatre parties d'eau très chaude. Prendre de la tarlatane, la plier en huit à dix doubles et la tremper dans la solution. Appliquer cette compresse ainsi imbibée sur le scrotum de façon à l'envelopper complètement et la maintenir à l'aide d'un suspensoir en caoutchouc.

2° Contre les accès on ordonnera de l'antipyrine à la dose de un gramme, dont 50 centigrammes avant chaque accès. Cependant, il faut se montrer très prudent dans l'emploi de l'antipyrine; de même que l'on doit se défier du chloral, des bromures, des opiacés, du salicylate de soude, qui peuvent produire des éruptions et augmenter le prurit au lieu de l'atténuer.

3° On aura recours en même temps à la médication sédative générale, à l'aide de l'hydrothérapie appropriée sous forme de douches tempérées, en arrosoir, à faible pression, à l'aide des préparations de valériane, surtout de valérianate d'ammoniaque pris le soir avant le coucher, en capsules ou solution dans de l'infusion de tilleul.

Enfin M. Brocq a obtenu au point de vue sédatif, de très bons effets de l'acide phénique que l'on pourra administrer en pilules ainsi formulées :

Acide phénique.............	0gr,05	centigrammes.
Extrait de valériane..........	0gr,10	—
Poudre de valériane.........	0gr,20	—

A la dose de 20 à 60 centigrammes par jour, prise aux repas.

4° On apportera grande attention au régime en défendant tous les excitants, tabac, vin, café, thé, liqueurs, et en prescrivant comme boisson, du lait, de l'eau naturelle ou des eaux alcalines, comme aliments, des viandes rôties et grillées, blanches de préférence, des légumes verts, des fruits cuits, parfois on imposera même le régime lacté exclusif (Besnier). En tous cas, il faudra régulariser les garde-robes.

Enfin on surveillera le système nerveux, de façon à éviter le surmenage physique et intellectuel, les émotions, les préoccupations morales.

Frictions contre le prurit de l'ictère, par le Dr Boulland, de Limoges (*Limousin médical*). — L'auteur préconise comme

moyen de désobstruction des canaux sudoripares, des cristaux de cholestérine qu'ils contiennent, des frictions faites avec la préparation suivante :

Alcool........................	ãã	40 grammes.
Ether sulfurique..............		
Ichthyol......................		10 —

F. S. A. pour l'usage externe. En frictions cutanées.

Maladies des enfants.

Le bain froid dans la pneumonie chez les enfants (Dr Comby, Société médicale des hôpitaux; séance du 17 mai 1895). — L'auteur fait remarquer qu'il ne faut pas craindre d'avoir recours à la balnéation froide, même dans la première enfance.

Dans la pneumonie, le bain froid à 25, 24, 23, 20 degrés même, suivant les âges et suivant les cas, rend de très grands services, en abaissant la température, en tonifiant le malade, en ralentissant le pouls et la respiration. Les bains à 25 degrés sont bien supportés, même par les enfants les plus jeunes; donnés avec prudence, ils ne comportent aucun inconvénient, MM. Sevestre, Rendu, Cazal, Siredey partagent cet avis. M. Hayem croit que les tout jeunes enfants tirent même un plus grand bénéfice des bains froids que les adultes.

Traitement de l'entérite aiguë infantile, d'après le docteur Grancher. — Les indications cliniques et thérapeutiques dépendent, d'après le professeur Grancher, du régime alimentaire de l'enfant au sein, au biberon ou au sevrage.

Il faut, tout d'abord, remédier aux erreurs d'alimentation qui sont la cause la plus fréquente d'entérite.

L'entérite existe : lavage intestinal avec 1 litre d'eau bouillie, tiède, additionnée d'eau de Vichy. On procède à l'aide d'un tube de calibre moyen, introduit à une profondeur de 15 cen-

timètres environ, jusqu'à l'S iliaque, et un entonnoir à débit modéré et assez lent.

L'enfant est placé dans le décubitus latéral, alternativement à droite et à gauche, pour promener le liquide sur les divers points des parois de l'intestin.

Contre la *diarrhée fétide :* injection de calomel, dosé à 5 centigrammes et combiné, s'il y a lieu, avec l'administration du laudanum à la dose d'une goutte d'heure en heure.

Contre les *vomissements*, lavage stomacal.

Diète hydrique par l'eau albumineuse.

Pas d'aliments jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

En cas d'affaiblissement, eau champagnisée.

Convalescence : Régime lacté absolu le premier jour, avec du lait bouilli ou stérilisé, par cuillerées à soupe d'heure en heure. Le deuxième jour, on doublera la dose de lait à chaque repas, et, progressivement, on l'augmentera d'un jour à l'autre pour arriver, dans un septenaire, à la ration normale quotidienne d'un litre environ, suivant l'âge.

Après ce délai, régime ordinaire; surveiller l'alimentation pour éviter les récidives.

Chambres de vapeur dans le croup. Dr Variot (*Communication à la Société médicale des hôpitaux* (7 *juin* 1895). — A l'hôpital Trousseau, l'auteur a pu, grâce aux chambres de vapeur, diminuer considérablement le nombre des interventions dans le croup.

Quant les enfants commencent à avoir du tirage, quelle que soit la nature de la laryngite, il les mèt dans une atmosphère sursaturée de vapeur d'eau, aprés avoir fait préalablement une injection de sérum antidiphtérique. Il suffit de faire évaporer l'eau d'une bassine placée sur un bec de gaz ou une lampe à alcool.

Cette vapeur d'eau, inhalée avec l'air atmosphérique, exerce sans doute une action déliquescente sur les membranes dont elle favorise l'expulsion et aussi une action sédative sur les

nerfs de la muqueuse laryngée. Les phénomènes spasmodiques et le cornage cèdent au bout de quelques heures.

Cette médication peut être employée à la ville et à la campagne, l'action de la vapeur d'eau dans le croup parait être un puissant adjuvant de la sérumthérapie.

Gynécologie.

Le massage gynécologique dans la métrite parenchymateuse, par E. Hugon. (*Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*). — La métrite parenchymateuse est la suite ordinaire des phlegmasies aiguës de l'utérus, surtout lorsqu'elles sont *d'origine puerpérale*. Elle résulte en dernière analyse d'un *trouble circulaire* produisant des exsudats, des épaississements dont la conséquence est de déterminer un syndrome clinique très complexe.

Le trouble circulaire n'atteint pas seulement les capillaires sanguins, les artères et les veines. Il porte aussi son action sur le *réseau lymphatique*.

Il est vrai que les notions physiologiques que nous possédons sur la circulation de ce système étant assez restreintes, nous connaissons assez peu les modifications qu'il subit sous l'influence de la maladie. Mais ces altérations ne sauraient être niées. Du reste, le microscope en établit l'existence.

En somme, dans toute métrite parenchymateuse, nous nous trouvons en face d'un *trouble circulatoire primitif portant d'une part sur les vaisseaux sanguins et de l'autre sur les lymphatiques.*

L'expérience de tous les jours prouve que, quel que soit l'organe atteint, un des meilleurs moyens de lutter contre cette double insuffisance de la circulation, c'est le massage.

Il accélère la marche du sang, s'oppose aux stagnations, active les échanges nutritifs, favorise la résolution des exsudats, stimule l'énergie de l'élément musculaire.

Il agit en un mot sur l'ensemble des tissus composant l'organe, en en modifiant complètement la nutrition élémentaire.

Nous ne voulons pas exposer ici le tableau clinique de la métrite parenchymateuse. Il est trop connu des praticiens. Notre désir n'est pas non plus de montrer que cette entité pathologique peut conduire la malade à des complications nombreuses au nombre desquelles il faut placer les *corps fibreux*.

Contentons-nous d'indiquer comment, dans notre pratique, nous procédons.

Le massage est d'ordinaire mal supporté dès les premières séances, surtout si la malade est nerveuse, impressionable.

Nous conseillons donc une grande *prudence au début* afin de ne pas décourager la patiente et de ne pas irriter l'utérus. Il faut que celui-ci fasse pour ainsi dire connaissance avec la main du masseur. Je n'ai pas vu de cas où la tolérance ne se soit pas produite au bout de quelques séances.

Il faut savoir que parfois les symptômes et en particulier la leucorrhée s'exagèrent au commencement du traitement pour s'atténuer ensuite et bientôt disparaître.

Manuel opératoire. — Placer la malade dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Se mettre à sa droite, introduire l'index seul, ou mieux (si c'est possible) l'index et le médius de la main droite dans le vagin. Imprimer au col des *mouvements doux* pour commencer, puis progressivement, exercer sur lui des *frictions* de plus en plus fortes et, enfin, un véritable pétrissage. Dans cette succession de manœuvres, on doit tenir un compte absolu des phénomènes réactionnels de la malade, et modérer ou activer l'action mécanique suivant le degré de sensibilité du sujet.

Pendant que la main droite agit sur le col, la *gauche placée sur la paroi abdominale, exerce une action semblable et parallèle sur le fond de l'utérus.*

Chaque séance peut se prolonger 10 et même 15 minutes,

et se renouveler deux ou trois fois par semaine, si la tolérance le permet.

Une trentaine de massages ont raison des cas les plus mauvais. Inutile d'ajouter que les précautions antiseptiques sont ici, comme dans toute intervention gynécologique, d'absolue nécessité.

REVUE DES LIVRES

Thérapeutique.

Maladies internes et maladies des enfants, par le Dr C. J. Smith, *de Moscou*. 2me édition. Paris, 1895. Société d'éditions scientifiques. (1 volume 200 pages.)

Comme le dit l'auteur lui-même, ce livre est le résumé des procédés thérapeutiques des notabilités médicales tant de la Russie que de l'étranger. Destiné au médecin praticien, il est basé sur ce que la science offre de véritablement pratique dans les observations faites au lit du malade. Le praticien y trouvera, à chaque affection classée par ordre alphabétique, le traitement le plus rationnel et le plus simplement exposé de ces affections.

C'est un vade-mecum qui rendra des services aux médecins.

Pathologie externe.

Traité des tumeurs de la vessie. Tumeurs intra-vésicales et para-vésicales, par le Dr Clado ; préface par le professeur S. Duplay. (Société d'éditions scientifiques, 1 volume 750 pages avec 126 figures et 18 tableaux dans le texte. Prix : 16 francs.)

Ce nouveau traité des tumeurs de la vessie est le plus complet qui existe sur cette question. L'auteur, élève du professeur Guyon, ayant déjà traité la question dans un mémoire couronné du prix Civiale en 1886 a, depuis cette époque, complété et transformé ce mémoire en un véritable traité théorique et pratique s'adressant aussi bien au clinicien qu'à l'anatomo-pathologiste, à l'opérateur qu'à l'étudiant, indispensable au médecin praticien aussi bien qu'au spécialiste des affections des voies urinaires. Cette œuvre essentiellement ori-

ginale et très complète permettra au lecteur de se mettre au courant de tout ce qui a trait à cette intéressante question.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par le Dr J. Péan, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Tome III. — 1 fort volume, grand in-8°, avec 228 figures intercalées dans le texte. Paris, 1895. (Prix : 15 francs; G. Masson, éditeur.)

Ce tome III du *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin* contient tout ce qui a trait aux tumeurs de l'utérus, des ligaments ronds, des ovaires, des trompes et du péritoine pelvien.

Un très grand nombre de figures, pour la plupart originales, ajoutent à la clarté du texte. Le lecteur retrouvera dans ce volume les qualités de clarté et de netteté dans l'exposition, bien connues de l'éminent chirurgien. C'est là un livre excellent et des plus utiles à consulter pour le praticien.

Un 4e *volume*, publié sous forme d'*Addendum* est sous presse. Il comprendra, outre les tumeurs de l'anus et du rectum, la description de toutes les nouvelles méthodes opératoires, soit du côté de l'abdomen, rein, pancréas, péritoine, vésicule biliaire, intestin, soit du côté du bassin, vessie, prostate, uretères, utérus.

Manuel de Diagnostic chirurgical, par Simon Duplay, E. Rochard et A. Demoulin. 1er fascicule : Examen du malade. Moyen d'exploration clinique. Crâne. Face. Cou (Anatomie clinique. Exploration. Diagnostic.) Paris, Octave Doin, éditeur, 1895; prix : 4 francs.

Ce livre comble une lacune très sensible. Jusqu'à ces derniers temps, les médecins français n'avaient à leur disposition que le livre d'Albert (*diagnostic chirurgical*), qui a déjà notablement vieilli. La chirurgie s'est développée considérablement et d'une manière inattendue dans les dix dernières années, et un livre de diagnostic chirurgical, digne de ce nom, devait s'inspirer de tous les progrès accomplis et utiliser tous les nouveaux procédés d'exploration passés en pratique, grâce au développement incessant de toutes les sciences accessoires de la médecine et de la chirurgie. Les auteurs n'ont pas failli à leur tâche, l'exposition est à la hauteur de nos sciences actuelles et faite de main de maître. Les figures en couleur intercalées dans le texte facilitent énormément la lecture du livre et gravent dans la mémoire les faits cliniques auxquels elle se rapportent.

Le deuxième fascicule terminant l'ouvrage paraîtra à la fin de l'année.

Affections chirurgicales des membres (Statistiques et observations), par le Dr POLAILLON. (Paris, 1895. O. Doin, éditeur.)

« Tel est, dit le docteur Schwartz, le titre d'une œuvre chirurgicale considérable, résumé de la pratique hospitalière durant quinze années de notre collègue à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu.

« L'on y trouve méthodiquement rangées et soumises à la discussion toutes les lésions des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, que le docteur Polaillon a pu observer.

« Les principales observations sont longuement détaillées, les résultats opératoires et thérapeutiques sont minutieusement analysés et l'auteur discute le pour et le contre de la détermination qu'il a prise. Cela fait du livre de notre collègue une vraie revue clinique du nombre considérable de faits qui lui ont passé entre les mains, et, à ce titre, comme à beaucoup d'autres encore, il mérite tous nos éloges. »

Médecine générale.

The medical annual, 1895. (Bristol, John Wight et Cie éditeurs.)

Cet annuaire est déjà à sa quatorzième année et est tout à fait digne de ses prédécesseurs. Il contient les chapitres suivants : I. Nouveaux remèdes; II. Electrothérapie, par A. D. Rockwell (p. 55-64); III. Traitement anti-microbien, par Alfred, H. Castés (p. 65-71); IV. Nouveaux traitements en chirurgie et en médecine, par ordre alphabétique des organes (p. 72-524) avec un appendice sur la sérothérapie de la diphtérie, par M. Armand Buffer (p. 525-530); V. Les sciences sanitaires, par J. Priestley (p. 531-550); VI. Nouveaux appareils et nouvelles préparations pharmaceutiques et diététiques (p. 551-583); VII. Liste alphabétique des asiles pour aliénés, idiots et alcooliques en Angleterre (p. 584-598); VIII. Liste des établissements hydropathiques en Angleterre (p. 599-602); IX. Bibliographie anglaise pour l'année 1894.

Le livre est accompagné de vingt-trois planches hors texte dont quelques-unes en couleurs, et de figures dans le texte qui sont très bien faites.

Il rendra de grands services aux médecins et aux pharmaciens qui le consulteront avec fruit. Il est très bien édité.

Étude sur les Virus, par J. HAMEAU (1836-1847). (1 volume de 110 pages, G. Masson, éditeur. Prix : 4 francs.)

Ce livre est un opuscule écrit en 1836 par le docteur J. Hameau,

médecin à la Teste, et publié en 1847 dans la *Revue médicale*, comme nous l'apprend le professeur Grancher dans la préface qu'il a écrite au commencement de l'ouvrage.

Il a été publié à nouveau par le docteur Hameau d'Arcachon, fils de l'auteur de l'*Étude sur les virus*, sur les conseils du professeur Grancher. Le distingué médecin d'Arcachon fait précéder le travail du docteur J. Hameau d'une introduction sur l'Histoire des doctrines médicales depuis les premiers âges de la médecine jusqu'à nos jours. Le lecteur pourra ainsi comprendre comment Jean Hameau fut un précurseur de Pasteur et pressentit, dès 1847, la nature animale ou végétale des germes morbides.

Dans la lecture du travail, le lecteur verra comment Jean Hameau, sans autre instrument à sa portée que la clinique et le raisonnement, est arrivé à affirmer la nature vivante des virus. Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la médecine liront ce livre.

Hygiène.

Manuel d'Hygiène coloniale, par le Dr NAVARRE. (1 volume de 620 pages. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.)

Ce livre est le véritable guide de l'Européen dans les pays chauds. Mis complètement au point avec les idées nouvelles sur la pathogénie bactérienne et d'excellentes idées originales de l'auteur, le lecteur pourra y trouver tous les renseignements utiles sur la climatologie et l'acclimatement; sur les affections que peuvent avoir les Européens pendant leur premier séjour et surtout sur les moyens d'éviter ces affections. La question d'hygiène y est particulièrement traitée avec soin, tant au point de vue de l'hygiène privée qu'à celui de l'hygiène publique.

Ce livre est non seulement destiné aux médecins de la marine ou de l'armée, il intéresse aussi tous les praticiens qui y puiseront d'excellents conseils à donner aux personnes qui viendront les consulter sur les pays chauds et les conditions à suivre dans ces contrées pour éviter les maladies.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi (Cl.) 157.7.95.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète par la médication alternante,

(suite et fin).

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

VI

DEUXIÈME ÉTAPE DU TRAITEMENT ALTERNANT (1).

Le quatrième ou le cinquième jour, au plus tard, on cesse les paquets d'antipyrine et l'on entre dans la deuxième étape du traitement alternant. Les médicaments sont le sulfate de quinine, les arsenicaux, la codéine, le carbonate de lithine.

Envisageons rapidement l'effet de ces agents sur les échanges.

Le *sulfate de quinine* amoindrit la destruction des matières albuminoïdes et des organes riches en soufre et en phosphore. Il diminue l'excrétion de l'acide carbonique, et l'absorption de l'oxygène. C'est un sous-oxydant.

L'*arsenic* réduit les oxydations générales et les mutations azotées et phosphorées.

Les *alcalins et les alcalino-terreux* diminuent l'activité fonctionnelle des cellules hépatiques, l'activité générale de tous les tissus, ralentissent la formation de l'urée et de l'acide urique, en un mot, retardent la nutrition.

La *codéine* participe aux propriétés des opiacés dont je

(1) Voir le numéro du 15 juillet.

parlerai tout à l'heure. Mais disons tout de suite qu'elle diminue le coefficient d'utilisation azotée, la glycosurie et la polyurie.

Tels sont les médicaments de la deuxième étape, tous modérateurs des échanges : j'associe leur emploi de la façon suivante :

1° Avant le déjeuner de midi, un cachet de sulfate de quinine de 0gr,40. Continuer six jours ; cesser quatre jours ; reprendre pendant six jours.

2° Avant le premier déjeuner et avant le dîner, un cachet contenant :

Arséniate de soude..............	0,002 à 0,003
Carbonate de lithine.............	0,10 à 0,15
Codéine.....	0,02 à 0,04
Poudre thériacale...............	0,25
Extrait de quinquina sec et pulv.	0,40
Pour un cachet. Faites 30.	

La *poudre thériacale* intervient dans notre formule comme un moyen de favoriser la tolérance stomacale des autres médicaments et de fournir un léger renfort opiacé.

Les *adjuvants* de cette deuxième étape sont les mêmes que ceux de la première ; huile de foie de morue, vin de quinquina, sel de Seignette en cas de constipation, eau minérale bicarbonatée sodique de faible minéralisation aux repas.

VII

TROISIÈME ÉTAPE DU TRAITEMENT ALTERNANT.

Après quinze jours, on cesse le traitement de la deuxième étape et l'on commence celui de la troisième, dont les agents sont : l'opium et la belladone, le bromure de

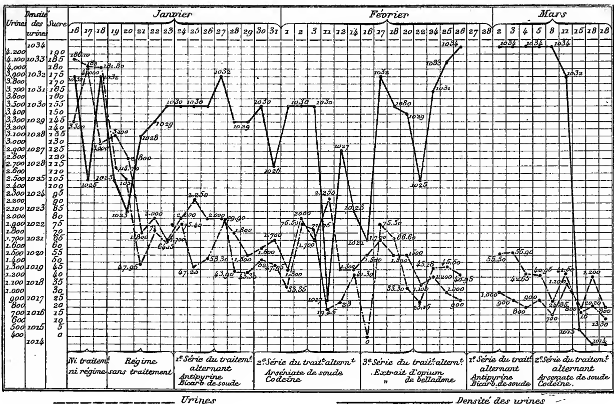
potassium, les alcalins, la valériane, tous modérateurs des échanges.

Les *opiacés* jouissent depuis longtemps d'une grande faveur dans le traitement du diabète. Tout le monde s'accorde sur leur utilité, avec cette réserve qu'il ne faut pas forcer les doses, ni les employer trop longtemps de suite, ni les administrer aux malades menacés d'acétonémie, pas plus qu'aux diabétiques affaiblis, frisant la cachexie ou frappés de graves complications rénales. On a fait bien des théories sur l'action des opiacés, mais ce qui donne le secret de leur vogue, c'est encore et toujours leur action sur la nutrition... Associés à la belladone, par Villemin, ils diminuent la désassimilation totale, la désassimilation azotée, les oxydations azotées et les oxydations nerveuses. En un mot, ils retardent les mutations nutritives à la faveur de leur influence sur le système nerveux.

La *valériane*, sous forme d'extrait, possède des effets analogues sur la nutrition élémentaire. Elle a, de plus, l'avantage d'être un modificateur de la polyurie ; elle agit dans un sens restrictif, sur la glycosurie et l'azoturie.

Le *bromure de potassium,* auquel Begbie et Félizet attribuent de si remarquables succès n'est pas entré plus généralement dans la pratique, parce que ses promoteurs ont prescrit des doses trop élevées, qui déprimaient les malades. Il n'abaisse que faiblement la désassimilation et les oxydations azotées; mais il diminue notablement l'élimination des phosphates terreux dont on connaît les rapports avec les échanges qui se font dans le système nerveux. Schulze, d'ailleurs, conclut de ses expériences que le bromure de potassium diminue les mutations dans le système nerveux au point d'engendrer un affaiblissement dans l'activité de ce système.

En principe, le bromure de potassium n'interviendra donc qu'accessoirement dans le traitement, puisque s'il combat



Tracé nº 4. — Diabète gras.

le symptôme glycosurie — ce qui est loin d'être constant — c'est par l'intermédiaire d'une influence *trop dépressive* sur le système nerveux, directeur de la nutrition. Nous n'utiliserons donc le bromure de potassium que d'une façon exceptionnelle, chez les sujets nerveux, les femmes en particulier, et sans dépasser 2 où 3 grammes dans les vingt-quatre heures, pendant huit à dix jours, au plus.

Les médicaments de la troisième étape seront associés ainsi qu'il suit :

1° Pendant huit jours, administrer l'extrait thébaïque, la belladone et l'extrait de valériane, selon la formule ci-dessous :

Extrait de belladone....................	0,005
— thébaïque......................	0,01
— de valériane....................	0,10
Poudre de quinquina....................	Q. S.

Pour une pilule. Faites 50.

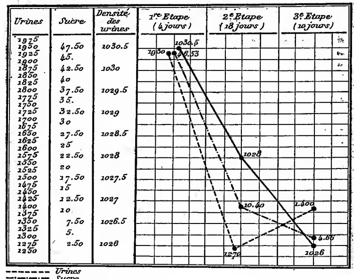
Pendant le premier et le second jours une pilule toutes les six heures ; le troisième et le quatrième jours, une pilule toutes les quatre heures ; le cinquième et le sixième jours une pilule toutes les trois heures ; le septième et le huitième jours une pilule toutes les six heures ; le neuvième et le dixième jours toutes les huit heures.

TRACÉ n° 1. — Observation d'une femme de 40 ans entrée à l'hôpital pour une métrite et chez laquelle on reconnut ensuite le diabète. État général satisfaisant, la malade est obèse, elle a cependant un peu maigrie dans les derniers mois. Dès le début du traitement le sucre tombe de 186 grammes à 48 grammes rien que par le régime. Le taux du sucre oscille autour de ce chiffre, c'est alors qu'intervient le traitement. La malade est indocile et commet souvent des écarts qui amènent des oscillations très brusques dans l'élimination du sucre. Après deux mois on tombe à 20 et 12 grammes de sucre et la malade quitte l'hôpital, malgré nos conseils

2° Durant cette période, faire boire dans la journée, de préférence aux repas, de l'eau bouillie additionnée par litre, après refroidissement, de 8 grammes de bicarbonate de soude. Laisser reposer et décanter pour avoir un liquide clair.

3° Cesser l'huile de foie de morue ; continuer le vin de quinquina pendant les repas.

Si les malades présentent une intolérance particulière



TRACÉ n° 5. — Diabète rebelle, remontant à trois ans.

pour l'opium et la belladone, ou si l'on a affaire à des femmes très nerveuses, remplacer les pilules précédentes, par 2 à 3 grammes de bromure de potassium par jour, en deux ou trois doses de 1 gramme pendant huit jours.

VIII

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAITEMENT.

Comme j'ai déjà indiqué chemin faisant, la manière dont le traitement alternant devait être appliqué, je serai bref sur la technique générale.

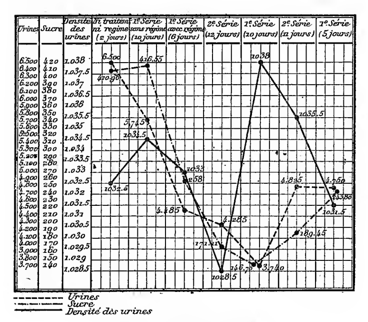
Soit un diabétique type, floride, avec une azoturie plus ou moins élevée, d'origine alimentaire, et une abondante glycosurie.

On commence par le soumettre au régime classique de Bouchardat pendant une période d'épreuve de cinq à huit jours. Ce temps écoulé, on pratique un dosage du sucre et l'on passe à la première étape du traitement, dont l'antipyrine constitue l'agent prédominant. On la continue pendant quatre à cinq jours, puis on la cesse, et l'on pratique une nouvelle analyse de l'urine. Deux cas peuvent se présenter. Parfois dans des cas de diabète récent, chez des femmes névropathes, le sucre disparaît; le plus souvent, la glycosurie, l'azoturie et la polyurie sont simplement réduites.

Dans le premier cas, il est inutile de passer à la seconde étape du traitement; il suffira d'un régime sévère, longtemps continué pour maintenir la guérison.

Tracé n° 5. — Homme de 35 ans, malade depuis au moins trois ans. Le diabète a résisté jusqu'ici à tout traitement, nitrate d'urane, strychnine, valériane, opium et régime ont échoué. Le sucre n'est pas en quantité élevée, mais il se maintient toujours entre 40 et 50 grammes. Le traitement alternant étant essayé le sucre baisse avec rapidité et très régulièrement, de telle façon que après 32 jours de traitement le sucre est tombé à 5 grammes en même temps que l'état général est très amélioré. Le malade quitte l'hôpital à ce moment.

Dans le second cas, ne cherchez pas à accentuer la diminution du sucre en prolongeant l'antipyrine ; contentez-vous provisoirement de cette diminution, mais en cherchant à la maintenir. C'est pour y arriver qu'on procède à la deuxième étape du traitement dont la durée est de quinze jours environ.



TRACÉ n° 6. — Diabète pancréatique.

Alors, une autre analyse vous apprendra, soit que le sucre a encore diminué ou est resté stationnaire, soit qu'il a augmenté. Généralement l'abaissement obtenu par l'antipyrine s'accentue légèrement pendant les dix premiers jours, puis le sucre tend ensuite à remonter. Dans ces conditions, on entame la troisième étape.

S'il y a encore du sucre après celle-ci, on recommence la série. Mais que le sucre disparaisse ou non après cette seconde série, il faut néanmoins cesser pendant quelque temps, un mois, par exemple, tout traitement médicamenteux et s'en tenir au régime seul, puis reprendre la série complète après cette interruption et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait fait disparaître le sucre ou qu'on l'ait abaissé à un taux irréductible.

Pendant le mois d'interruption, on continuera l'usage des eaux alcalines si le malade est encore azoturique. Mais si au contraire, l'urée tend à baisser au-dessous de la normale et que le diabétique se plaigne d'un peu de faiblesse, on cessera résolument les alcalins, sous quelque forme que ce soit, et l'on pourra même, quelquefois, en présence d'un abaissement trop marqué de coefficient d'oxydation ou d'utilisation azotée, administrer temporairement une préparation ferrugineuse.

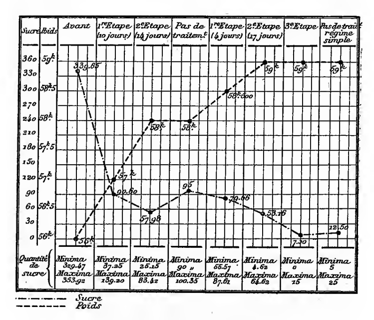
Dans les cas où le sucre aura totalement disparu de l'urine après l'une quelconque des étapes du traitement alternant, le diabétique ne doit pas encore se considérer comme guéri ; il est tenu de ne reprendre qu'avec une extrême circonspection l'usage des féculents, puis des fruits et du sucre. Il ne devra y revenir que lorsque ceux-ci ne seront plus nuisibles, et l'on ne peut le savoir qu'en faisant l'essai des urines après chaque tentative alimentaire.

Voici, par exemple un diabétique dont le sucre a disparu des urines et n'a pas reparu pendant quinze jours ; alors, le

---

TRACÉ n° 6. — Diabète considérable d'origine pancréatique. Amaigrissement rapide, état d'affaiblissement considérable. Cette observation est à rapprocher de celle du tracé n° 3, elle montre que, si la médication amène une chute rapide du sucre, celui-ci se maintient malgré tout à un chiffre très élevé et qu'après une amélioration momentanée, la courbe du glucose a toujours tendance à remonter malgré le traitement.

malade prend un peu de pain à ses repas ; si le sucre ne se montre pas dans l'urine de la digestion, il continue le pain pendant huit jours, en augmentant légèrement la portion ; puis le sucre étant toujours absent, il essaie de prendre un peu de lait ; plus tard des pommes de terre ou tel autre féculent, ou un fruit, faisant exactement la recherche du sucre après



TRACÉ n° 7. — Diabète considérable.

chaque tentative alimentaire et ne passant à une autre que lorsque cette recherche demeure négative. Si le sucre reparaît après l'ingestion d'un aliment non encore essayé, non seulement on doit le supprimer, mais il faut reprendre aussitôt le régime le plus strict, et recommencer ensuite, comme précédemment, la série des essais alimentaires.

En général, même dans les cas les plus simples, ce retour graduel à l'alimentation normale demande au moins six mois, et parfois une année : c'est à ce prix seulement qu'on obtiendra des guérisons durables.

IX

TRAITEMENT DES DIABÈTES AGGRAVÉS.

Je distingue les diabètes aggravés des diabètes compliqués. Ne pouvant entrer dans tous les détails du traitement des complications du diabète, ce qui m'entraînerait hors des limites de ces leçons, je m'en tiendrai à quelques considérations applicables aux diabètes aggravés (1).

Les diabètes aggravés sont : le *diabète de l'enfance;* le *diabète avec azoturie par dénutrition exagérée* qui conduit rapidement à la déchéance organique et à la cachexie; le *diabète avec oxydations azotées abaissées et hypoazoturie.*

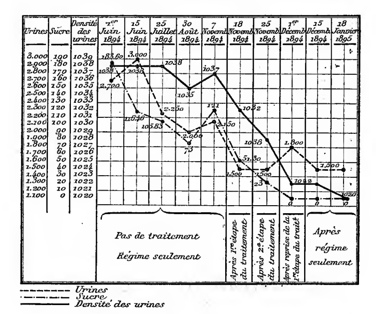
A. *Diabète infantile.* — Le diabète de l'enfance a des allures si rapides qu'elles sont déconcertantes pour la thé-

---

(1) Voir l'article « Traitement du diabète », dans le *Traité de thérapeuthique appliquée* qui paraîtra incessamment.

TRACÉ n° 7. — Ce tracé donne les résultats généraux du traitement en tenant compte du poids du malade. Il s'agit d'un sujet très amaigri chez lequel la quantité de sucre, au moment de l'examen, se trouvait considérable. Dès le début du traitement le sucre baisse et le poids monte. Pendant une interruption le sucre augmente de près du double et en même temps le poids reste stationnaire. On recommence une nouvelle série de traitement et l'amélioration reprend, puis s'accentue, le poids continue toujours à monter. A la fin du traitement le malade a gagné 3 kilogrammes en poids et le sucre, qui au début était à 350 grammes, oscille entre 5 et 20 grammes.

rapeutique, et celle-ci compte peu de succès à son actif, quoiqu'il soit exceptionnel qu'on ait trouvé des altérations du pancréas. On combinera un judicieux emploi du traitement alternant avec la médication tonique, et surtout on insistera sur l'alimentation grasse et sur l'huile de foie de morue. On n'emploiera les opiacés qu'avec une extrême



TRACÉ n° 8. — Diabète datant d'une année.

prudence sous forme de *poudre de Dower* et seulement chez les enfants au-dessus de trois ans. Enfin, on a cité des cas où les préparations ferrugineuses, entre autres le phosphate de fer, ont rendu des services : je proposerais d'essayer le *glycéro-phosphate de fer* dont l'action est éminemment reconstituante.

B. *Diabète avec azoturie de dénutrition.* — Le diabète avec azoturie par dénutrition exagérée relève essentiellement de la *médication d'épargne* et, à ce titre, on doit lui appliquer le traitement alternant. Mais quand il sera, comme il arrive souvent, sous la dépendance d'une lésion du pancréas, on obtiendra tout au plus des améliorations plus ou moins passagères.

Il conviendra de surveiller journellement, à l'aide du perchlorure de fer, la réaction de l'acide diacétique dans l'urine afin de relâcher la sévérité du régime dès qu'apparaîtra la coloration rouge caractéristique. Ici encore, l'huile de foie de morue, l'alimentation grasse, les préparations ferrugineuses, le glycéro-phosphate de fer seront employés d'une façon pour ainsi dire continue et dans la limite de la tolérance digestive des malades. C'est dans ces cas qu'on a vu la cure de Donkin, le régime lacté absolu, donner des résultats temporairement favorables ; car, ce qui importe alors, c'est moins de diminuer la glycosurie que de remédier à la déchéance progressive qu'entraîne l'excès de formation du sucre. C'est dans ce but qu'on se servira aussi des *strychniques* et des *amers, teinture de fèves de Saint-Ignace, teinture de Baumé, de noix vomique, macération de quassia amara*, etc., surtout si l'assimilation décroît du fait de l'inappétence ou de l'insuffisance des fonctions digestives.

Tracé n° 8. — Diabète remontant à environ un an chez un homme de 47 ans. État nerveux considérable, grand amaigrissement. Cette courbe est fort intéressante car le traitement a été précédé d'une longue période (quatre mois) pendant laquelle il y a eu seulement régime. On voit que dans ces conditions le sucre a baissé de 183 grammes à 73 grammes après deux mois pour remonter ensuite à 123 grammes. A ce moment et pendant un mois j'institue le traitement et le sucre tombe à 0 très rapidement. Pendant un autre mois le malade reste à l'étude, avec le régime uniquement, et la guérison se maintient, complète.

C. *Diabète avec oxydations abaissées.* — Sur 100 diabétiques d'apparence floride, on en trouve une dizaine environ chez lesquels les oxydations azotées sont au-dessous de la normale, et cela sans que rien de leur aspect extérieur ne le laisse pressentir. Cette diminution des oxydations est temporaire; elle survient par périodes, pendant lesquelles les malades sont mous, se fatiguent facilement et sont incapables d'un effort soutenu. Elle correspond à des phases de dépression temporaire qui précèdent le commencement de la déchéance, dans le cours de laquelle les oxydations sont *toujours* abaissées. C'est alors que la médication tonique, le sulfate de quinine associé à l'extrait de quinquina, les amers, les strychniques, les inhalations d'oxygène, les frictions excitantes, le massage, l'hydrothérapie sont indiqués, au moins pendant toute la période où l'on constate cette diminution des oxydations.

C'est surtout dans ces cas qu'il importe de surveiller de très près l'état de l'estomac, car l'aggravation du diabète est trop souvent une question de digestion. On n'hésitera pas, en cas de doute, à pratiquer l'examen du chimisme stomacal, si souvent modifié chez les diabétiques. Car il ne faut pas oublier que *tant vaut l'estomac, tant vaut le diabétique,* et qu'une bonne oxydation et une bonne assimilation sont encore les meilleurs stimulants de la nutrition : alors un traitement gastrique habilement combiné avec un régime approprié sera la meilleure médication qu'on puisse employer.

X

RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Avant d'en arriver à constituer ce traitement alternant, j'avais traversé une longue période d'essais où ont été passés en revue de nombreux médicaments dont il est inu

tile de parler, puisque leur emploi n'a donné que des mécomptes ou des résultats insuffisants.

Avec la méthode actuelle, j'ai traité cent diabétiques vrais, c'est-à-dire des malades rendant au moins 100 grammes de sucre dans les vingt quatre heures.

Ces malades se divisent en quatre catégories.

1° Les guérisons définitives, obtenues dans 24 cas, oscillant comme sucre de 102 à 235 grammes dans les 24 heures, comme durée antérieure de la maladie, de 3 mois à 2 ans. Je n'inscris sous cette rubrique que les malades suivis pendant six mois, au moins, après la disparition du sucre.

2° Les guérisons encore problématiques, soit 25 cas. Il s'agit de personnes rendant de 103 à 350 grammes de sucre, diabétiques depuis 1 à 6 ans, chez qui le sucre a disparu pendant plusieurs mois, pour reparaître, sous l'influence d'émotions morales ou d'écarts de régime. Dans tous ces cas, il a suffi d'un traitement très court pour venir de nouveau à bout de la glycosurie, mais les personnes en question ne sauraient être considérées comme absolument et définitivement guéries.

3° Les améliorations considérables et permanentes, à la condition qu'on ne se départît jamais d'un certain régime et qu'on en revînt de temps en temps au traitement. 33 sujets rentrent dans cette catégorie. Sur 14 0/0 d'entre eux rendant de 110 à 520 grammes de sucre, celui-ci a disparu après le traitement pour reparaître bientôt après et osciller de 5 à 50 grammes suivant les cas. Chez 17 autres malades, rendant de 120 à 180 grammes de sucre, celui-ci ne disparut jamais complètement, mais on put le maintenir au-dessous de 50 grammes et accroître le poids des diabétiques. Enfin, dans un dernier cas, on ne parvint pas à abaisser le sucre au-dessous de 73 grammes.

4° Les résultats nuls ou trop temporaires pour pouvoir être considérés comme des améliorations, en ce sens que

l'on n'a pas jamais pu abaisser le sucre au-dessous de 100 grammes et que cet abaissement du sucre ne s'est pas accompagné d'une atténuation dans la marche de la maladie. Les cas qui appartiennent à ce groupe sont au nombre de 18. Dans tous ces cas, sauf dans 4, le traitement a diminué la glycosurie pendant au moins quelques jours.

Il est évident que pour cette catégorie, notre traitement ne rend à peu près aucun service, soit parce que l'on est en face d'un diabète trop ancien ou d'un diabète de jeune, ou parce que, derrière le diabète, il y a une lésion du pancréas, et que si nous sommes fortement armés quand il s'agit de thérapeutique fonctionnelle, nous demeurons trop souvent impuissants devant une lésion matérielle.

Quant à préciser la durée du traitement, cela m'est à peu près impossible, tant sont différents les cas particuliers. Chez tel malade, rendant 3 litres d'urine et 219 grammes de sucre, la guérison est survenue après quatre jours d'antipyrine; chez tel autre, le sucre n'a disparu que pendant la deuxième ou la troisième étape du traitement; enfin, chez le plus grand nombre, il a fallu plusieurs séries de traitement alternant pour avoir raison de la glycosurie.

Les tableaux que je fais passer sous vos yeux traduisent en courbes des exemples de traitement et montreront mieux que je ne saurais le faire combien il est difficile d'en donner une formule d'ensemble. A titre d'exemple se rapportant au plus grand nombre des cas, je citerai seulement le fait suivant :

	MINIMA ET MAXIMA du sucre.	MOYENNES du sucre.	POIDS du malade.
	—	—	— kil.
Avant tout traitement	329,47 à 353,92	339,65	56
1re étape du traitement (10 jours)	37,25 à 139,20	90,60	57
2e — — (14 jours)	25,15 à 83,42	57,98	58
Pas de traitement	90 » à 100,35	95 »	58
1re étape du traitement (4 jours)	55,57 à 87,61	79,66	58,5
2e — — (17 jours)	4,62 à 64,62	53,16	59

Puis, le sucre tombe à 0, se relève à 15 grammes et oscille ensuite de 5 à 23 grammes, sans traitement, avec le régime diététique qu'on peut suivre à l'hôpital.

Depuis Bouchardat la thérapeutique du diabète avait fait peu de progrès. Tant de médicaments sont apparus pour disparaître ensuite dans l'oubli, tant de théories se sont successivement écroulées que, dans la pratique, on s'en tient au régime et aux médicaments dont on a fait l'expérience personnelle. Les traitements systématiques n'ayant plus que de rares partisans, on en est arrivé à une sorte d'opportunisme thérapeutique qui fait une cote mal taillée entre les doctrines et tient heureusement beaucoup plus compte du malade que de la maladie.

Mais l'étude des variations nutritives chez les diabétiques peut devenir le point de départ d'un traitement plus rationnel que ceux qui se sont tour à tour partagé la faveur du public médical. Les moyens que j'indique aujourd'hui sont loin d'être définitifs; cependant ils constituent déjà un ensemble dont les praticiens auront fréquemment l'occasion d'apprécier l'utilité, en attendant que surgissent des moyens d'action plus décisifs.

L'étude actuelle montre, en tout cas, le sens dans lequel doivent s'orienter les recherches ; elle prouve que la voie de la *thérapeutique fonctionnelle* où nous nous sommes engagés ouvre les plus larges horizons sur la manière de traiter des affections réputées jusqu'ici rebelles à nos efforts.

Le diabète, maladie d'accélération nutritive, relève de la médication d'épargne.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Considérations théoriques sur le traitement de l'exsudat fibrineux et de l'épanchement dans la pleurésie et la péricardite.

Par G. Gérard, aide-d'anatomie à la Faculté de Lille.

Avant-Propos

Je ne sais comment me vint l'idée qu'on pouvait agir localement sur l'exsudat fibrineux des épanchements par l'injection dans les séreuses du suc, qui dans l'estomac normal a pour fonction de digérer les albuminoïdes et de les rendre assimilables.

Encouragé par mon maître, M. le professeur Debierre, à qui je communiquai mon hypothèse, je la livre aujourd'hui, pour ce qu'elle vaut, en affirmant avant tout que mon opinion ne repose sur aucun fait expérimental en clinique, et qu'elle n'est qu'une simple vue de l'esprit.

Frappé de la nature de l'exsudat dans la péricardite et la pleurésie, j'essaie de tirer quelques conséquences théoriques en ce qui concerne le traitement de ces deux affections. Dans les quelques pages qui suivent, je m'attache à supposer comment peut agir le suc gastrique mis en présence des exsudats fibrineux dans des séreuses telles que la plèvre ou le péricarde. Après avoir exposé rapidement les conditions physiologiques de la digestion de la fibrine mise en présence du suc gastrique (dans l'estomac normal ou d'après les expériences faites *in vitro*), je relate succinctement les conditions anatomo-pathologiques de la formation des exsudats de la pleurésie et de la péricardite, et j'essaie d'en tirer quelques conclusions au point de vue thérapeutique.

Il peut se faire que le suc gastrique, extrait suivant les préceptes énoncés en physiologie, injecté dans la plèvre ou le péricarde, puisse agir médiatement sur les exsudats et empêcher la concrétion définitive des fausses membranes.

Je ne sais pas s'il est préférable d'employer le suc gastrique extrait, le suc gastrique artificiel (eau + pepsine + acide chlorhydrique) ou la simple solution physiologique d'acide chlorhydrique (1,5 à 2 pour 0/00).

D'après la théorie de la digestion de la fibrine, l'idée est tentante ; et peut-être, des expérimentateurs plus autorisés que moi pourront un jour dire s'il n'y a pas moyen de substituer à la thoracenthèse une injection anodine de suc gastrique, dans l'espoir de voir la fibrine digérée repartir par les lymphatiques, et empêcher par cela même l'éclosion des phénomènes de compression si communs dans les épanchements et leurs conséquences.

Encore une fois, je n'apporte aucune observation ; mais peut-être un jour sera-t-il possible de vérifier expérimentalement l'hypothèse que j'émets et de voir les exsudats fibrineux heureusement modifiés par l'injection d'un liquide qui les digèrera et les rendra plus aptes à être repris par le torrent de la circulation lymphatique.

Comme me le signale M. le professeur Debierre, le suc du *carica papaya* et la *papaïne*, qui digèrent la fibrine avec beaucoup d'énergie, et qu'on a essayés pour dissoudre les fausses membranes diphtériques, pourraient peut-être, à l'instar du suc gastrique, être préconisés dans les mêmes circonstances et dans le même but.

TRAITEMENT THÉORIQUE PAR LES INJECTIONS DE SUC GASTRIQUE DANS LES SÉREUSES

D'après la physiologie, on sait que, dans l'estomac normal, le suc gastrique contient plusieurs principes digestifs

actifs : l'acide chlorhydrique, la pepsine, le labferment, dont l'association aboutit à la digestion des matières albuminoïdes en particulier et à leur transformation en peptones. On sait encore que la digestion est subordonnée à diverses conditions telles que : une température de 36° à 50°, un état particulier des matériaux digestibles, la concentration du liquide, une quantité suffisante d'acide chlorhydrique, une quantité suffisante de pepsine.

Pour la fibrine en particulier, Schiff a démontré que sa digestion s'arrête facilement si la quantité est un peu considérable et qu'elle reprend en ajoutant une légère quantité de pepsine. Dans ce cas même, la quantité de pepsine surajoutée resterait inaltérée (von Wittig).

Partant de ce point de vue, il m'est venu à l'esprit d'appliquer *théoriquement* les données de la physiologie aux cas particuliers où la fibrine se forme en grande quantité et disparaît ensuite difficilement : il faut citer en premier lieu les épanchements pleurétiques ou péricardiques qui se rencontrent si souvent en médecine. Ce n'est pas toutefois que les voies *d'excrétion*, si j'ose dire, manquent : car les lymphatiques sont assez nombreux pour être en état de reprendre toute cette sérosité qu'ils ont apportée sous une influence pathologique quelconque. S'ils ne le font pas, c'est que, par suite du processus morbide, ils sont oblitérés, bouchés, par leurs produits d'exsudat eux-mêmes et que ainsi leur action, physiologiquement utile et efficace, devient impossible.

Si l'on considère ce qui se passe pendant la digestion physiologique, on voit que la fibrine est plus vite digérée que l'albumine, parce que celle-ci se gonfle moins facilement que celle-là.

Le suc gastrique a de plus *une action certaine et démontrée sur les microbes*. Déjà Spallanzani avait signalé que la viande ne se putréfie pas dans le suc gastrique, même si

on l'y met quand elle a déjà subi un commencement de putréfaction. Des expériences récentes sont venues confirmer ce fait : Straus et Würtz, en ensemençant de la gélatine avec du suc gastrique, ont vu se développer des colonies de microbes ; en ensemençant au bout de huit jours avec le même suc gastrique, ils ont observé qu'il s'était stérilisé lui-même. Les mêmes auteurs ont noté son *action sur les microbes pathogènes* : le suc gastrique agit sur le bacillus anthracis et le rend moins virulent. Les résultats sont identiques pour le bacille de Koch, qui est complètement détruit après trente-six heures, pour le bacille du choléra et le bacille d'Eberth, détruits également après *une demi-heure de contact.*

(Dans le cas où il viendrait à l'esprit de quelqu'un de nier que la fibrine est digérée moins vite que l'albumine, nous pourrions nous ranger à cette hypothèse, mais objecter avec Williams qu'on arrive au même résultat au point de vue de la digestion, puisque certains microbes seraient capables de transformer la fibrine en albumine).

Voyons maintenant ce qu'on observe, aux points de vue anatomique et anatomo-pathologique dans la pleurésie d'abord, dans la péricardite ensuite.

Les lymphatiques de la plèvre, injectés par Dybkowsky, sont, on le sait, très nombreux, surtout au niveau des espaces intercostaux et sous le triangulaire du sternum. Ils forment sous la membrane limitante un réseau lacunaire qui rappelle celui du péritoine et se rendent soit dans le canal thoracique, soit dans les troncs lymphatiques qui accompagnent les artères mammaires internes et intercostales supérieures.

Les voies par lesquelles peut se résorber l'épanchement sont donc multiples, comme nous le disions en commençant ; mais la non-résorption tient justement à ce que les canaux de régulation lymphatiques sont oblitérés, dans

leur lumière, par les leucocytes, à leurs orifices par les produits exsudés.

a, Au début d'une pleurésie « les vaisseaux congestionnés et dilatés laissent exsuder dans la cavité pleurale de la sérosité contenant en majeure partie de la substance fibrinogène : celle-ci se dédoublant au contact de l'épithélium altéré, donne naissance à de la fibrine qui se dépose sur la séreuse à l'état de fausse membrane, ou forme des flocons en suspension dans le liquide. »

La pleurésie est sèche si l'exsudat se réduit à une fausse membrane.

Le dépôt fibrineux est plus ou moins épais, plus ou moins étendu. Tantôt c'est une pellicule blanchâtre et demi-transparente, si mince, qu'il faut en détacher un lambeau avec l'ongle pour la mettre en évidence, tantôt ce sont des couches stratifiées de fibrine dont l'épaisseur varie de quelques millimètres à un centimètre et plus. Elles sont alors opaques, jaunâtres, irrégulières et villeuses à la surface. Friables, imprégnées de liquide quand elles sont jeunes, elles peuvent devenir résistantes et lardaires.

Adhérentes ou flottantes, elles s'accolent parfois au feuillet opposé de la plèvre, déterminant ainsi la formation d'adhérences habituellement passagères. Le dépôt de fibrine est rarement uniforme dans toute la plèvre; il est souvent limité et partiel, en particulier dans la pleurésie sèche.

Le liquide est ordinairement transparent, quelquefois un peu louche, surtout quand il est fibrineux... Sa composition chimique ne diffère de celle du plasma sanguin que par une quantité d'eau plus grande. Abandonné à l'air, il se prend au bout de 6 à 24 heures en une masse gélatiniforme et transparente qui se rétracte et se dépose au fond du vase. Par le battage, cette coagulation s'opère instantanément. L'acide nitrique et la chaleur y détermi-

nent la formation d'un précipité compact de matières albuminoïdes.

A l'examen microscopique, on découvre dans le liquide des filaments de fibrine entre-croisés... (Bouley et Bourges).

Il s'agit donc bien de matières albuminoïdes. A la rigueur, on pourrait discuter pour savoir s'il s'agit réellement ou non de fibrine : la question n'offrirait aucun intérêt. Nulle part, nous n'avons pu trouver la constitution chimique exacte de ce qu'en clinique on appelle fibrine. Dans tous les cas, quelle que soit cette composition, un seul point est intéressant ; il s'agit, à n'en pas douter, de *matières albuminoïdes*, c'est-à-dire de substances justiciables de la digestion gastrique. Si donc l'injection de suc gastrique dans les séreuses avait une action — et théoriquement elle en a une — sur cette masse de matières albuminoïdes concrétées, on pourrait compter sur le départ des produits *digérés* par les lymphatiques ; en effet, en admettant que ces lymphatiques soient encore bien portants, et en état de bien fonctionner, d'après Bouley et Bourges, « à la phase de résolution, ce sont les lymphatiques redevenus perméables qui font les frais de la résorption ; la sérosité est reprise en nature, la fibrine concrétée et les éléments figurés, *après métamorphose* granulo-graisseuse. »

L'observation démontre que même dans les cas les plus heureux, l'épanchement ne commence à se résorber que vers la troisième ou la quatrième semaine. Mais la pleurésie passe souvent à l'état chronique. Quelquefois encore, il y a recrudescence des symptômes physiques, et l'épanchement devient purulent.

En poussant encore plus loin la théorie, on pourrait même admettre une action immédiate du suc gastrique sur les microbes de la pleurésie séro-fibrineuse ; *le bacille de Koch*, le pneumocoque, *le bacille d'Eberth*, le streptocoque,

des microcoques divers. Leur présence, il est vrai, est rarement contestable.

b, Dans le cas de pleurésie purulente, on voit souvent dans le liquide des fausses membranes, adhérentes à la paroi pleurale ou libres et nageant dans le liquide. Elles peuvent prendre une épaisseur considérable. La séreuse est profondément altérée. « Grâce à la couche quelquefois très épaisse de produits membraneux, la plèvre est souvent extraordinairement épaisse, et si les lésions sont très anciennes, elle peut acquérir une consistance cartilagineuse et s'incruster de sels calcaires. » (M. Courtois-Suffit).

Les différentes variétés microbiologiques de la pleurésie purulente sont : 1° les formes pures (pleurésie à pneumocoque, à streptocoque, *à bacille de Koch*). On a encore trouvé isolés dans le pus, le bacille de Friedlander, le staphylocoque et le *bacille d'Eberth*;

2° Les formes associées: infection mixte par association de plusieurs microbes, *bacilles de Koch* et streptocoques, streptocoques et staphylocoques (pleurésie gangréneuse) les microbes ordinaires de la suppuration : pneumocoques, streptocoques et staphylocoques seuls ou associés.

Tous ces microbes donnent donc des formes différentes. Nous avons souligné à dessein bacille de Koch et bacille d'Eberth, pour rappeler quelle était sur eux l'action du suc gastrique, d'après Strauss et Würtz. On n'a pas encore, à notre connaissance, signalé son action spéciale sur le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque. Mais *a priori*, on peut admettre qu'il a sur eux une certaine influence, puisqu'on a vu qu'il atténuait la virulence d'un microbe aussi résistant que le bacille du charbon.

c, Tout ce que je viens d'exposer sur la pleurésie peut également se rapporter à la péricardite.

« Les lymphatiques du péricarde se rendent dans les

ganglions situés au voisinage de la veine cave et de la crosse de l'aorte. Ils proviennent du sac fibreux et d'un riche réseau placé sous le péricarde viscéral. Les premières communiquent avec les lymphatiques du centre phrénique et par eux avec le réseau lymphatique sous-péritonéal (Bizzozero et Salvioli, Robin et Cadiat) les seconds communiquent avec les lymphatiques du myocarde. » (Debierre, *Anatomie*).

Dans les péricardites aiguës simples, le processus anatomo-pathologique comprend deux phases qui ne s'enchaînent pas fatalement.

1° D'après Desclaux « une couche fibrineuse irrégulière tapisse les deux feuillets du péricarde, le feuillet pariétal principalement.... Grisâtres, minces et molles au début, les fausses membranes deviennent de plus en plus épaisses et résistantes et paraissent alors formées de lamelles superposées par une sorte de travail de stratification... »

« L'histologie est assez simple; il s'agit de mailles de fibrine englobant des cellules diverses... » (Thoinot.)

2° Quand il y a épanchement, celui-ci « est sérofibrineux, c'est-à-dire composé d'une partie séreuse liquide et d'une partie fibrineuse qui, se coagulant parfois, donne naissance à des flocons nageant dans le liquide en se déposant en lames stratifiées sur les feuillets péricardiques ».

On connaît l'avenir des lésions péricardiques : alors que dans le cas de péricardite rhumatismale, l'exsudat marche vers la résorption rapide — c'est du moins le cas le plus général — dans les péricardites infectieuses, au contraire, il y a tendance à la transformation purulente ou au passage à l'état chronique.

Au point de vue du traitement, on sait aussi que « la paracentèse du péricarde est loin de donner les heureux résultats de la thoracenthèse, et la raison, c'est que la plupart des ponctions qui ont été faites se sont adressées à des péri-

cardites secondaires, le plus souvent associées à la tuberculose et, par conséquent, incurables. » (Dieulafoy.)

APPLICATIONS THÉORIQUES.

I. *Au point de vue théorique*, on peut déjà distinguer trois cas pour la pleurésie.

a. L'affection débute. — La première indication qui découle du mode de formation de la fibrine serait de faire dans la plèvre une injection de suc gastrique dès que la pleurésie est diagnostiquée. Alors même que le pronostic serait le plus favorable et la terminaison la plus probablement rapide, le suc gastrique aurait pour but de digérer la fibrine au fur et à mesure de sa production : les orifices des lymphatiques seraient ainsi maintenus béants et on serait en droit d'attendre une résolution plus sûre et plus immédiate.

Par suite, on n'aurait à craindre aucune compression des organes du voisinage, puisque la fibrine transformée pourrait repartir peu à peu par les lymphatiques. Et l'on n'observerait plus que très rarement l'atélectasie du poumon, l'abaissement du diaphragme, etc.

b. L'épanchement commence à devenir assez abondant. — A l'auscultation, le frottement a décelé l'existence des fausses membranes, le souffle montre que le poumon subit une compression. De ce que la maladie serait à un stade plus avancé, il n'y aurait pas contre-indication à l'injection de suc gastrique ; car, même dans ce cas, on pourrait compter sur son action directe vis-à-vis des fausses membranes et des adhérences, on pourrait espérer leur destruction lente et progressive et à la rigueur leur départ par les voies lymphatiques.

On pourrait en même temps dans tous les cas, concur-

remment avec les injections de suc gastrique, mettre en œuvre contre la fièvre, la douleur et l'épanchement, le traitement ordinairement employé : les fébrifuges (antipyrine, quinine, aconit) les diurétiques (digitale, scille), les toniques du cœur (digitale, caféine, spartéine, trinitrine), l'alimentation par le lait, les divers révulsifs, les injections calmantes, etc.

Encore une fois, ce que j'avance ici ne repose sur aucun fait clinique, mais est une simple vue de l'esprit. Il serait donc futile d'essayer de tirer des conclusions sur la marche de la fièvre, de la douleur ou de l'épanchement. D'après les observations physiologiques, on peut prévoir une ampliation momentanément plus grande du thorax et une augmentation des phénomènes types de la maladie, par gonflement digestif de la fibrine.

c. *L'épanchement est devenu très abondant.* — Il faut d'abord décomprimer les organes par la thoracenthèse faite suivant les principes énoncés partout, et ensuite essayer de modifier la constitution du liquide et des fausses membranes qui restent par l'injection de suc gastrique.

d. *L'opération de la pleurotomie a été faite.* — On pourrait encore, au lieu des solutions caustiques (chlorure de zinc, sublimé faible), essayer l'injection de suc gastrique, dont on pourrait laisser une petite quantité en contact avec l'exsudat fibrineux dans le but de les user peu à peu et de les enlever dans les injections faites au pansement suivant.

Mêmes indications après un Estlander, puisque, dans ces conditions, l'obstacle à l'expansion du poumon n'est pas seulement l'air, mais la concrétion fibrineuse qui enserre l'organe en recouvrant le feuillet viscéral de la séreuse.

II. *Au point de vue pratique*, on pourrait espérer.

1° La digestion du liquide exsudé et des concrétions fibri-

neuses. Il y aurait un grand intérêt à agir rapidement et à modifier l'exsudat au fur et à mesure de sa production.

2° La destruction des microbes présents dans l'épanchement ou dans les néo-membranes. Dans les *pleurésies tuberculeuses* mêmes, l'exsudat pourrait être modifié. Dans ces cas, il y aurait probablement avantage à se mettre le plus possible dans les conditions physiologiques, c'est-à-dire prendre le suc gastrique le plus actif et le plus pur.

3° L'absence de complications. — La circulatiou lymphatique reste libre. On peut escompter que le liquide ne se concrétera pas et que, dans le cas même où l'affection suivrait son cours, il pourrait être immédiatement repris par les lymphatiques quand le processus morbide aurait terminé son évolution.

Dans l'hypothèse où le liquide produit par la plèvre malade serait repris au fur et à mesure de sa production par les lymphatiques, on n'aurait pas à redouter la compression du poumon, si commune d'après M. Potain, ni les atrophies précoces des muscles de la poitrine et de l'épaule. Le champ de l'hémathose ne serait pas réduit et les organes voisins restant sains, l'organisme deviendrait de ce fait plus en état de lutter contre l'infection localisée dans la plèvre.

En allant plus loin encore, supposons que, dans tous les cas, l'épanchement se résorbera après l'injection de suc gastrique. On n'aura plus alors à redouter les accidents de la thoracentèse qui ont soulevé tant de discussions, et l'on ne parlera plus d'expectoration albumineuse, de congestion pulmonaire ni de transformation purulente de l'épanchement.

4° Le traitement serait encore utile dans les symphyses pleurales, suites de bronchites, de broncho-pneumonies, etc., et généralement dans tous les cas de pleurésie sérofibrineuse où « la résorption n'amène ordinairement la gué-

rison qu'au prix d'une symphyse pleurale avec rétraction thoracique. ».

Une contre-indication formelle serait la présence de lésions pulmonaires tuberculeuses avancées. Dans ces cas, en effet, l'épaisseur et la densité des néo-membranes sont d'autant plus grandes que le point correspondant du poumon est plus altéré.

III. *Traitement théorique de la péricardite séro-fibrineuse.* — Dans cette affection, on sait que les fausses membranes deviennent de plus en plus épaisses à mesure que l'épanchement progresse et occupe surtout le feuillet pariétal. On tourne donc dans un cercle vicieux : d'une part, l'épanchement gêne la circulation et le bon fonctionnement du cœur, d'autre part, le cœur fonctionnant mal, les échanges nutritifs se font aussi moins bien.

On trouve dans la péricardite avec épanchement des flocons fibrineux nageant dans le liquide. Il est d'observation courante que les villosités fibrineuses ont tendance à se réunir, à s'organiser, à se vasculariser.

Dans le but d'éviter une symphyse cardiaque, il importerait :

1° D'agir sur l'exsudat lui même.

2° De favoriser le mouvement circulatoire par des médicaments appropriés et employés ordinairement.

Nous voulons donc agir directement sur l'exsudat. Supposons que le péricarde est, comme la muqueuse intestinale, parcouru de villosités nécessaires à l'absorption des aliments préalablement digérés. Les lymphatiques représentent ici les villosités. Si l'endothélium du péricarde est malade, il y a regorgement fibrineux, hypersécrétion albumineuse, puis stagnation par oblitération des capillaires et des lymphatiques bourrés de leucocytes. Il est donc bien indiqué de tenter de rétablir cette circulation compromise, de rouvrir

les lymphatiques, puis de leur fournir un élément digéré, qui, dans le cas particulier, est représenté par la fibrine préalablement soumise à l'action du suc gastrique naturel ou artificiel.

En résumé, il est possible que la digestion s'opère dans le péricarde aussi bien que dans un vase d'expérience, après l'injection dans cette cavité séreuse de suc gastrique additionné de chlorure de sodium, dont la présence est nécessaire à la digestion des albuminoïdes. Puis la fibrine est reprise par le torrent circulatoire.

Dans le cas d'épanchement et de symphyse, on peut attendre les mêmes effets : désorganisation des adhérences et destruction de l'épithélium néo-formé, résorption du liquide digéré par les capillaires et les lymphatiques rendus à nouveau perméables, et de plus espérer de voir les microbes détruits, au bout de quelques jours, puisque le suc gastrique agit en même temps sur eux,

A la rigueur, on pourrait espérer voir le suc gastrique agir simplement comme la teinture d'iode sur la tunique vaginale du testicule en détruisant l'endothélium et en empêchant de ce fait son hypersécrétion, ou bien encore il serait un élément de régénération, il apporterait des matériaux de combat et en détruisant les adhérences au fur et à mesure de leur production, soutiendrait le cœur comprimé et le péricarde dans sa lutte contre les éléments infectieux ou néo-membraneux qui font office de corps étrangers.

Ces idées sont théoriquement très probantes, mais nous ne saurions trop répéter que ce ne sont encore que des hypothèses.

INCONVÉNIENTS DES INJECTIONS DE SUC GASTRIQUE
OBJECTIONS POSSIBLES — RÉPONSE

1. *Le Labferment* du suc gastrique coagule la fibrine en présence des sels (Artus et Pagès). La fibrine n'est plus

coagulée si on la prive de ces mêmes sels qui sont une condition nécessaire à la possibilité de la digestion par la pepsine.

a. Le labferment peut être retiré du suc gastrique en le précipitant par le carbonate de magnésie après macération. Donc, pas de difficulté si on veut se servir d'un suc gastrique non susceptible de coaguler la fibrine.

b. Le produit d'abord coagulé par le labferment est redissous ensuite par la pepsine.

II. *La pepsine n'agit plus* après un certain temps quand la masse de fibrine est trop considérable.

D'après von Wittig, il suffit d'ajouter une faible quantité d'acide pour que la digestion reprenne.

III. *Craintes d'une infection secondaire*, par l'emploi d'un suc gastrique septique ou d'instruments malpropres.

a. Cette crainte est illusoire, puisque, d'après M. Dastre, le suc gastique agit encore quand il est stérilisé; que, d'après Tyndall, il garde intégralement ses propriétés digestives après avoir été porté trois fois à la température 56 à 60 degrés.

b. D'après Strauss et Würtz, le suc gastrique se stérilise lui même.

IV. Dans les conditions physiologiques, *les microbes, dans l'estomac, sont protégés par différents corps* (viande, etc).

Si l'on espère une action du suc gastrique sur les bacilles de la pleurésie ou de la péricardite, cet argument ne peut pas arrêter, puisque dans les cas qui nous occupent, les bacilles sont entourés par la fibrine, facilement attaquable par le suc gastrique.

V. *Production de ferments et développement considérable de gaz*. — (Fermentations butyriques, lactiques, etc,) toute

les fois que, dans l'estomac, la sécrétion d'acide chlorhydrique est insuffisante. Dans un cas de cancer du pylore, Eberth a pu enflammer les gaz rejetés par l'estomac.

Pour éviter cet inconvénient, il suffit de suppléer à l'insuffisance d'acide chlorhydrique par le choix d'un suc gastrique suffisamment acide.

VI. *Digestion du tissu pulmonaire par le suc gastrique.* — On peut supposer :

a. Que l'endothélium de la séreuse ou à son défaut le parenchyme pulmonaire oppose la même action de résistance au suc gastrique que la muqueuse stomacale elle-même.

b. Que la séreuse a peu à craindre, puisque, au début de la pleurésie séro-fibrineuse, on note « la prolifération et la chute des cellules épithéliales. » (Boulay et Bourges.)

c. On ne doit pas craindre d'agir sur la plèvre avec le suc gastrique, puisque des liquides caustiques (chlorure de zinc, sublimé) n'ont pas d'action sur elle.

d. Le parenchyme pulmonaire est protégé par l'exsudat même et par l'épaisseur des fausses membranes.

VII. *Inutilité de l'injection dans les cas heureux.* — Quand l'épanchement est abondant, il semble rationnel de faire une première ponction pour débarrasser la plèvre d'une quantité trop considérable de liquide. Il est d'observation courante, que, sans nouvelle intervention, *le reste du liquide peut se résorber.* On pourrait alors attribuer au suc gastrique une influence qu'il n'aurait pas eue. Dans ce cas même, on peut faire une injection de suc gastrique, qui hâtera la résorption en digérant la quantité trop considérable de fibrine. La ponction dans ce cas, est toujours nécessaire ; car il faudrait une trop forte quantité de suc gastrique pour

lutter avantageusement contre les matières albuminoïdes concrétées ou en suspension dans le liquide.

On ne peut d'ailleurs pas pronostiquer si le reste du liquide se résorbera ou bien s'il se reproduira aussi abondant qu'auparavant.

VIII. D'après M. Dastre (*Société de biologie*, 9 mars 1895), *les solutions salines faibles* digèrent bien la fibrine. D'un autre côté elles sont rapidement envahies par les microbes. Le suc gastrique a tous les avantages des solutions salines sans en avoir les inconvénients :

a. Il contient des sels de calcium, de sodium, de potassium et de magnésium, sous forme de phosphates et de chlorures.

b. Nous avons vu précédemment son action sur les microbes.

IX. — *Phénomènes de compression cardiaque et tendance à la lipothymie*, à la suite d'injections intra-péricardiques. Cet argument est un des plus sérieux à opposer à la théorie, mais il suffirait alors pour ne pas voir survenir les accidents signalés de commencer par injecter de très faibles quantités, qui n'auraient peut-être pas une grande action, mais qui répétées souvent, pourraient finir par produire de bons effets.

CONCLUSIONS

Au point de vue pratique, on peut, peut-être, hésiter à agir directement sur un organe aussi délicat que le péricarde, et en rapport si intime avec le cœur.

Au contraire, il est simple et peu dangereux, dans le cas de pleurésie sèche ou avec épanchement, d'aller injecter

quelques centimètres cubes d'un liquide tel que le suc gastrique, dans une séreuse qui supporte impunément du chlorure de zinc à 5 0/0 et même des solutions diluées de sublimé.

L'effet, en tout cas, doit être plus rapide sur la plèvre : sa surface d'absorption est grande, les mouvements d'inspiration et d'expiration agitent, brassent, pour ainsi dire, le liquide injecté et peuvent le mettre en contact avec toutes les parties recouvertes d'un exsudat. De plus, le poumon a tout le temps de reprendre progressivement son volume normal, et de s'amplifier à nouveau. Les adhérences, au moins les formations récentes, peuvent être supprimées. Celles qui ont tendance à se former sont attaquées immédiatement.

En partant du point de vue théorique de la digestion des exsudats par le suc gastrique, et de leur départ par les lymphatiques rendus à nouveau capables de fonctionner, il semble donc qu'il y ait intérêt à essayer la méthode et à l'employer surtout au début de l'affection, alors que les éléments anatomiques sont encore inaltérés

Si quelque médecin a un jour l'envie de vérifier ces données hypothétiques, soit sur les animaux, soit même sur l'homme, s'il essaye de constater expérimentalement quels résultats on peut attendre des injections de suc gastrique dans les séreuses, nous pourrons être renseignés sur la façon dont peut agir le suc gastrique sur la plèvre et sur la péricarde, et voir si, pratiquement, il donne d'aussi heureux effets que ceux que la théorie physiologique permet d'en attendre.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de la Pitié.)

M. Albert Robin

Traitement préventif et curatif de l'otite dans la fièvre typhoïde.

(Recueillie par M. Goudart).

Il n'est pas rare, dans le cours de la période d'état de la fièvre typhoïde, de voir survenir des symptômes morbides du côté de l'oreille. Le malade se plaint d'abord de bourdonnements, puis il accuse une diminution de son acuité auditive qui ne tarde pas à aller jusqu'à la surdité complète. En même temps surviennent des douleurs ordinairement très vives, avec sensations et battements très pénibles. Il s'agit souvent, au moins au début, d'une otite catarrhale. Cette otite peut rester à l'état de simple inflammation, mais dans des cas assez nombreux elle devient purulente si même elle n'a pas d'emblée présenté ce caractère.

Survenant chez un individu que la dothiénentérie à déjà plus ou moins affaibli, cette suppuration de l'oreille moyenne peut prendre une importance considérable. Elle détermine des douleurs extrêmement vives mais elle est surtout redoutable par les suites qu'elle présente. La terminaison habituelle est la perforation spontanée de la membrane du tympan; il se forme alors un écoulement purulent par l'oreille. Souvent aussi la suppuration envahit les cellules mastoïdiennes, déterminant une violente inflammation de toute la région mastoïdienne; enfin il peut se produire, à la longue, de l'otorrhée chronique et une carie du rocher.

Pour prévenir ces diverses complications, il importe de

surveiller avec le plus grand soin les oreilles des typhiques. A la moindre diminution de l'acuité auditive, ou bien dès que le malade se plaindra de bourdonnements, on agira. Il conviendra d'abord de s'assurer, si le malade prend de la quinine, que les troubles qu'il accuse ne sont pas dûs simplement à l'absorption de ce médicament; pour cela il suffira de suspendre momentanément son emploi.

Le traitement de l'otite comprend deux temps. On essaiera en premier lieu d'arrêter son développement et d'empêcher la suppuration. Si on n'y réussit pas ou si le pus est déjà formé, on cherchera à en débarrasser l'oreille moyenne et à empêcher sa reproduction.

I. — *Traitement préventif.* — Le traitement préventif consiste à faire une antisepsie rigoureuse de l'oreille externe et du pharynx afin d'éviter l'introduction des germes pyogènes.

Pour cela, on fera plusieurs fois par jour avec une solution boriquée ordinaire un lavage consciencieux du fond de l'oreille externe, après quoi on sèchera soigneusement l'oreille. On fera alors un pansement de l'oreille externe en introduisant dans le conduit auditif un tampon de ouate hydrophile boriquée préparée de la façon suivante :

On fait mélange de l'acide borique en poudre avec de l'alcool, on trempe dans le mélange le coton à préparer de façon à l'imprégner complètement. On le retire alors de la solution et on le laisse sécher à l'air; on obtient ainsi un coton aseptique dont les mailles sont remplies d'acide borique en poudre impalpable. C'est ce coton que l'on introduit dans le conduit auditif. Pour achever le pansement on peut recouvrir l'oreille d'une lame de ouate hydrophile ordinaire.

II. — *Traitement curatif.* — Si l'otite est déjà constituée, l'indication thérapeutique qui s'impose est de débarrasser

l'oreille moyenne du pus qu'elle contient et d'éviter en l'évacuant les redoutables complications que sa présence pourrait amener. D'ailleurs cette intervention précoce aura l'immense avantage de débarrasser le malade de douleurs souvent intolérables ayant, entre autres inconvénients, celui de rendre parfois impossible la mastication, par suite de l'exaspération produite par le moindre mouvement de la mâchoire.

Pour évacuer le contenu de l'oreille moyenne, il suffit de perforer la membrane du tympan. On examinera d'abord le conduit auditif à l'otoscope. On verra alors souvent, si la suppuration est assez considérable, que la membrane du tympan est bombée et injectée. On incisera cette membrane soit au moyen du stylet, soit avec un trocart et on laissera le pus s'écouler par le conduit auditif externe.

Cette ponction de la membrane tympanique est assez douloureuse, il est vrai, mais cette douleur momentanée n'est rien en comparaison des douleurs persistantes si cruelles dont l'opération débarrasse le malade. Celui-ci se sent en effet immédiatement soulagé.

III. — Nettoyage de l'oreille moyenne. — Lorsque le pus est évacué, il reste à procéder au nettoyage de la cavité tympanique. Pour cela on pratiquera des injections boriquées tièdes dans l'oreille. Ces injections seront renouvelées jusqu'au nettoyage complet du foyer purulent. Après quoi on séchera l'oreille aussi exactement que possible et on fera un pansement aseptique comme dans le traitement préventif de l'otite.

Il sera bon de renouveler plusieurs fois par jour le lavage de l'oreille en faisant suivre chaque lavage du même pansement.

CORRESPONDANCE

Je lis, dans le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique*, qu'à l'hôpital Trousseau le docteur Variot a pu, grâce aux chambres de vapeur, diminuer considérablement le nombre des interventions dans le croup.

Dès 1884 je m'étais bien trouvé de l'emploi des vapeurs d'infusion d'eucalyptus globulus. (V. *Bulletin de thérapeutique*, t. CXII.)

L'important est d'obtenir rapidement des vapeurs suffisantes *pour saturer l'atmosphère de la chambre, très petite et close, dont la température doit être maintenue de 18 à 22 degrés.*

A cet effet nous employons 60 grammes de feuilles d'eucalyptus par litre d'eau bouillante; les vapeurs étaient obtenues, à l'hôpital, à l'aide d'un pulvérisateur; en ville je faisais disposer dans la pièce du malade des vases à large surface, dans lesquels l'eau bouillante devait être renouvelée tous les quarts d'heure.

Sous l'influence de ces vapeurs chaudes, à odeur balsamique pénétrante, un mieux être évident se traduisait chez les malades; l'expulsion de mucosités ne tardait pas à remplacer celle des fausses membranes, les exsudats fibrineux fondaient en quelque sorte.

Jusqu'en 1893, c'est-à-dire avant la belle découverte du docteur Roux, j'ai traité par ces *vapeurs condensées* et *antiseptiques* 19 croups, tant en ville qu'aux pavillons d'isolement de Nantes.

Ces cas se répartissent ainsi : 19 croups, 14 opérés, 4 décès. Soit une proportion de décès de 21 0/0 sur la totalité des cas de croup, et de 28,5 0/0, pour les croups opérés. D'où je dois pouvoir conclure que, non seulement comme le dit le Dr Va-

riot, les chambres de vapeur sont un puissant auxiliaire de la sérumthérapie pour diminuer l'intervention, mais aussi pour en assurer le succès, quand malgré tout elle s'est imposée.

Nantes, le 18 juillet 1895.

Dr BONAMY,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Affection mentale guérie par la trépanation, par MM. Binet et Rebatel (*Lyon médical*). — MM. Binet et Rebatel, rapportent dans le *Lyon médical* l'observation suivante :

En 1870, un officier est blessé par un éclat d'obus derrière l'oreille gauche, un peu au-dessus de l'apophyse mastoïde, pas de fracture ni d'enfoncement de la boite osseuse. Prisonnier en Allemagne, il fut pris d'accidents cérébraux, avec perte de connaissance.

A sa rentrée de captivité, il était complètement remis, et jusqu'en 1888 il put faire face aux exigences de la vie militaire. A cette époque il fut atteint, à la suite de fatigues, d'une tympanisation subite de l'estomac et de l'intestin suivie d'un accès de délire incohérent avec vive excitation. Sous l'influence du traitement, l'agitation se calma, mais la tristesse, la dépression, les hallucinations persistèrent jusqu'en 1889, où le malade fut pris d'une crise épileptiforme. Ce fut le signal d'une aggravation des symptômes, les actes devinrent extravagants; le malade se promenait nu et avait des impulsions qui le rendaient dangereux.

Sous l'influence du bromure, de l'hydrothérapie, des révulsions, il y eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Enfin, en 1893, l'état général s'aggravant au point de menacer la vie à brève échéance, on se décida à pratiquer la trépanation.

En l'absence de signes indiquant une localisation des lésions, l'intervention porta sur la région fronto-pariétale gauche. Quatre grosses couronnes de trépan furent successivement appliquées, puis tous les points intermédiaires sectionnés. On ne trouva aucune lésion, la dure-mère était saine ainsi que la pie-mère.

A partir du jour de l'opération, une métamorphose absolue s'opéra dans l'état du malade, qui, depuis deux ans, demeure guéri.

Cette observation corrobore une fois de plus la remarque que les hommes violemment frappés à la tête, par des engins de guerre, sont des cérébraux toujours en puissance d'une affection cérébrale d'une haute gravité. C'est un nouvel exemple de ce que les malades de ce genre peuvent attendre de la trépanation, d'après Poncet de Lyon, tout trouble cérébral, sensitif ou mental, succédant à un traumatisme, est justiciable de l'opération.

Traitement des ulcères variqueux par l'excision de la saphène interne (*Bulletin médical,* juin 1895). — L'excision des varices, en honneur chez les anciens, réhabilitée par l'antisepsie, paraît se répandre en Angleterre et en Allemagne, tandis qu'elle est peu pratiquée en France, bien que Schwartz et Quénu en fassent le procédé de choix, quand l'intervention opératoire est admise. Dans le *Traité de chirurgie*, ce dernier auteur conclut encore à l'abstention pour les ulcères variqueux parce que, d'une part, il n'en a guère vu qui aient résisté aux pansements antiseptiques aidés du repos horizontal, de la compression, au besoin des greffes de Thiersch, et que, d'autre part, la thérapeutique sanglante ne met pas plus que les autres à l'abri de la récidive et qu'il est difficile, dans ces conditions, d'obtenir un champ opératoire parfaitement aseptique.

Cette restriction ne peut que donner de l'intérêt aux deux guérisons d'ulcères variqueux obtenues par l'excision de la saphène, que M. *Riolacci* publie dans la *Loire médicale.*

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 31 ans, présentant des varices tout le long de la saphène et porteur, à la face interne de la jambe, d'une perte de substance ayant la largeur d'une pièce de cinq francs. La région avait été, à deux reprises, le siège d'ulcérations semblables, ayant guéri par le repos, mais s'étant reproduites dès que le malade avait repris son travail. L'opération, faite par M. Blanc, a consisté dans la résection, entre deux ligatures, de deux tronçons de 4 centimètres de la veine, l'un à la partie moyenne de la cuisse, l'autre à la partie supérieure de la jambe. Il n'y a eu aucune réaction inflammatoire. Au bout d'un mois, le malade était guéri.

L'autre malade, âgé de 55 ans, présentait un ulcère faisant à peu près le tour de la jambe. M. Blanc excisa, à la partie moyenne de la cuisse, un tronçon de la saphène de 5 centimètres. Trente-cinq jours après, la guérison était complète.

M. Blanc aurait auparavant opéré d'autres malades, et les ulcérations n'auraient pas reparu malgré des travaux fatigants et des marches excessives.

Gynécologie et Obstétrique.

Incisions du col et du périnée pendant le travail (Dürssen, *Archiv für Gynäkologie*, XLIV, 3, 1894). — L'auteur rapporte dans ce mémoire tous les cas où il a pratiqué des incisions au col utérin et au périnée dans le but d'activer l'accouchement. Les incisions périnéales ne présentent pas de grand intérêt. Mais il en est tout autrement pour les incisions profondes du col utérin qui sont très importantes.

D'après l'auteur, les incisions ne présentent aucun danger chez les femmes non infectées pourvu que, il va sans dire, elles soient pratiquées par des hommes expérimentés et que

toutes les précautions antiseptiques nécessaires soient prises.

Les incisions du col utérin rendent superflue dans un grand nombre de cas la perforation de la tête des enfants vivants, et nous dispensent d'avoir recours à des opérations dangereuses pour la mère et l'enfant dans le but de combattre la dyspnée dépendant de la dilatation insuffisante du col. Sur 27 cas où, grâce aux incisions du col, on a pu se passer de la perforation de la tête des enfants vivants, l'accouchement a eu lieu par le forceps dans 24 cas, tandis que dans les 3 cas restants on a pratiqué la version et l'extraction consécutive. Dans tous ces cas de l'auteur, il n'y eut de morts qu'une femme et un enfant.

Des incisions vagino-périnéales seront pratiquées dans le but de rendre superflue la traction forcée par le forceps, qui augmente si considérablement la mortalité des enfants et provoque si souvent des lésions des parties molles de la mère. C'est surtout chez les primipares âgées que l'on se voit obligé de pratiquer des incisions profondes vagino-périnéales et au col utérin. Il va sans dire que préalablement on se sera assuré que la dystocie n'est pas causée par des déformations du bassin, ni par le développement anormal du fœtus.

Les incisions du col seront toujours au nombre de quatre, une en arrière, une en avant et une de chaque côté, allant jusqu'au vagin. Il est tout à fait superflu de suturer ces incisions après l'accouchement. Quant aux incisions vagino-périnéales, il serait préférable de pratiquer une seule incision latérale profonde que deux incisions superficielles : cette incision profonde unique sera suturée immédiatement après le travail accompli.

Cette opération pratiquée par l'auteur à maintes reprises pendant des années, n'a jamais provoqué de phénomènes secondaires fâcheux, tels que, par exemple, prolapsus de l'utérus ou du vagin ; les accouchements ultérieurs semblent être rendus plus faciles. (*The Medical Chronicle*, nouvelle série, t. III, nº 3, juin 1895, p. 206 et 207.)

Médecine générale.

Sur l'emploi de l'alcool dans le diabète sucré (Hirschfeld, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895). — L'auteur se prononce contre l'alcool comme facteur étiologique du diabète.

Dans quelques cas de diabète soigneusement étudiés, il s'est assuré que l'administration de 30 à 70 grammes d'alcool par jour n'exerce pas d'influence nocive sur la marche de la maladie. L'augmentation du taux de l'azote dans l'urine n'était que passagère. Grâce à l'alcool, les malades étaient à même d'absorber une plus grande quantité de substances grasses, d'où suralimentation rendue plus facile. Sur trois cas de diabète avec albuminurie, l'alcool n'a provoqué l'augmentation de l'albumine que dans un cas, tandis que dans les deux autres, elle est restée telle quelle, sans changement aucun. Quant au taux du sucre, augmenté au commencement dans quelques cas, diminué dans d'autres, il finit rapidement par atteindre sa hauteur initiale. Pas d'influence de l'alcool sur l'acétonurie, ni sur la diurèse. Mais, s'il est vrai que l'alcool est une substance alimentaire, tout de même il peut exercer une influence nocive sur le cœur, les vaisseaux ou les reins; aussi a-t-on affaire à des sujets avec lésions cardiaques ou vasculaires, l'alcool ne sera prescrit qu'avec circonspection.

Sous quelle forme l'alcool sera-t-il administré? On proscrira la bière qui contient des matières extractives, en grande partie des hydrates de carbone. En effet, croit-on nécessaire de permettre l'usage des hydrates de carbone, on les fera plutôt prendre sous forme de pains ou de végétaux. Il va sans dire que seront bannies toutes les liqueurs sucrées et les vins doux. En revanche, on permettra les vins forts, le cognac, certaines eaux-de-vie.

En résumé, les doses quotidiennes de 30 à 70 grammes d'alcool sont complètement assimilées par l'organisme, elles n'interfèrent en rien avec la sécrétion urinaire, elles n'entravent pas l'absorption des aliments et n'augmentent le mé-

tabolisme que passagèrement. La nutrition générale est relevée sous l'influence de l'alcool qui n'a rien à voir avec les altérations des tissus propres au diabète. Toutefois on ne perdra jamais de vue l'état du cœur, des vaisseaux et des reins. L'administration de l'alcool ne devient indispensable que dans les cas graves, où il faut tâcher de s'opposer par la suralimentation à l'émaciation des malades et à l'éclosion consécutive de la tuberculose. (*New-York medical Abstract*, v. XV, 1895, N° 4, avril, p. 124 et 125.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Bromure d'éthyle comme anesthésique en otologie et en laryngologie (A. W. de Roaldes, *New-Orleans*, 1895). — L'auteur s'est servi du bromure d'éthyle dans un grand nombre de cas où on avait besoin d'une anesthésie de courte durée. Voici la liste des cas dans lesquel le bromure d'éthyle était employé :

	Nombre de cas.
Amygdalotomie (uni-ou bi-latérale)	15
Ouverture d'abcès péri-amygdalien	2
Os de poisson dans les amygdales	1
Uvulotomie	2
Examen du nez	4
Galvano-cautérisation intra-nasale	6
Extraction des corps étrangers des narines	2
Myringotomie	7
Excision du vomer	1
Adénotomie	40
Cathétérisme de la trompe d'Eustache	1
Sondage de l'oreille pour diagnostic	1
Incision des furoncles	1
Curetage des granulations du conduit auditif externe	1
Extirpation des polypes de l'oreille	4
Incision de Wilde et ouverture de l'apophyse mastoïde	1

Le bromure d'éthyle est supérieur à tous les autres anesthésiques de par :

1° La rapidité de son action : dans la plupart des cas il suffit de trente secondes à trois minutes pour qu'il produise l'effet désiré;

2° Le peu de durée de la période d'excitation ;

3° L'analgésie absolue produite par lui, avec intégrité parfaite des fonctions psychiques ;

4° La rapidité avec laquelle les malades sortent de l'anesthésie ;

5° L'inocuité absolue de ses vapeurs, d'où sécurité absolue contre la syncope primaire réflexe (du côté du larynx) ;

6° L'absence relative des effets secondaires fâcheux, tels que, par exemple, nausée, vertiges, stupeur ;

7° L'absence totale, dans la majorité des cas, de toute action nocive sur le pouls ou la respiration ;

8° La facilité plus grande de le transporter comparée à celle du gaz hilarant.

En revanche, il possède plusieurs inconvénients qui sont :

1° Son action excitante sur le système glandulaire, d'où hypersécrétion ;

2° L'impossibilité de s'en servir pour des opérations de longue durée ;

3° Son instabilité comparative : aussi ne peut-on employer qu'un liquide pur fraîchement préparé et conservé dans un flacon hermétiquement bouché ;

4° La tendance qu'il a de provoquer des contractions musculaires. (*The Medical Chronicle*, nouvelle série, t. III, n° 3, juin 1895, p. 224 et 225.)

Goutte et rhumatisme.

Traitement de la goutte articulaire aiguë, par W. Morain (*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1895). — Il faut distinguer deux cas : ou l'accès de goutte est d'intensité modérée, ou au contraire il est très intense.

I. — Dans le premier cas, on ne prescrira aucun médicament.

Tout d'abord, on recommandera le repos absolu au lit, avec immobilité complète du membre atteint par la fluxion articulaire. On enduira l'articulation malade avec du laudanum ou de la pommade salicylée :

Salicylate de soude..................	5	grammes.
Lanoline............................	50	—

ou bien avec un liniment huileux additionné d'extrait d'opium, de belladone ou de jusquiame. On aura soin d'éviter l'emploi de tous les liniments susceptibles d'irriter la peau, tels que le baume de Fioravanti, le baume du commandeur, les liniments chloroformé, térébenthiné, camphré, ammoniacal, qui augmentent la poussée fluxionnaire. Un simple cataplasme peut suffire à soulager le malade, mais souvent celui-ci ne peut en supporter le poids.

Après avoir enduit l'articulation, on la fait envelopper avec une épaisse couche d'ouate recouverte de taffetas gommé.

Pendant l'accès, on ne donnera au malade que des liquides : le lait est très favorable, car il augmente la diurèse ; à ce titre, on recommande aussi les tisanes de pariétaire, de queues de cerise, l'eau d'Evian ou de Contrexéville.

S'il existe de la constipation, on fera donner des lavements, mais on évitera l'emploi des purgatifs.

Pour combattre l'insomnie, on ordonnera le sulfonal, le trional, le chloral, mais pas l'opium.

Quand la douleur s'atténue, on revient progressivement à une alimentation plus substantielle, en commençant par les viandes blanches, les légumes verts, les œufs, les fruits cuits.

II. — Si l'accès de goutte est violent et s'accompagne de douleurs très vives, on devra prescrire une médication

interne, à condition toutefois que l'on soit sûr de l'intégrité du cœur et des reins.

Les deux médicaments spécifiques de l'accès de goutte aiguë sont le salicylate de soude et le colchique.

Le salicylate de soude doit être prescrit à la dose de 6 grammes, pendant les trois premiers jours, puis de 4 grammes pendant les trois jours suivants; on devra cesser immédiatement dès qu'apparaîtront des accidents nerveux ou cardiaques.

Le colchique possède une action plus efficace que le salicylate de soude, mais on ne doit l'ordonner qu'au bout de quelques jours, quand la violence de l'accès commence à s'atténuer.

On peut administrer ce médicament sous diverses formes; c'est ainsi qu'on peut donner 8 à 10 grammes de vin de colchique dans une potion à prendre trois jours de suite ou bien 20 à 30 gouttes de teinture de colchique, ou bien 3 des pilules suivantes :

Sulfate de quinine..........	0gr,15 centigrammes.
Extrait de digitale..........	0gr,025 milligrammes.
Extrait de semences de colchique....................	0gr,05 —
Pour 1 pilule.	

Ou bien l'on emploiera la formule de Dujardin-Beaumetz, qui est la suivante :

Teinture de colchique..........	ãã 10 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit.	
Teinture de jalap composée.....	
Teinture de quinine............	

30 gouttes du mélange à prendre le matin, à midi et le soir, dans une tisane de frêne. Contre les nausées, on donnera la potion de Rivière; contre le hoquet, l'eau chloroformée glacée et contre les douleurs gastriques, les cataplasmes très chauds.

Maladies des enfants.

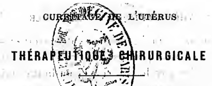
Un traitement de la coqueluche, par le Dr Joire (*Revue médicale*, juin 1895). — M. le docteur Joire (de Lille), obtient, dans la coqueluche, de bons résultats par un traitement qui consiste à faire prendre à l'enfant, matin et soir, six à dix gouttes d'essence de fenouil versées sur un morceau de sucre, et à l'envelopper dans un drap trempé dans une décoction chaude de fleurs de fenaison.

On prépare cette décoction en faisant bouillir pendant une heure autant de poignées de fleurs de fenaison qu'on emploie de litres d'eau. On étend ensuite sur le lit une couverture de laine, on trempe un drap dans la décoction aussi chaude que possible, on l'exprime légèrement et on l'étend sur la couverture de laine. On y couche ensuite le petit malade, on l'enveloppe dans le drap mouillé depuis le cou jusqu'aux pieds, on enroule autour de lui la couverture de laine, ou l'enveloppe encore dans d'autres couvertures et on le laisse ainsi emmailloté pendant une heure et demie. Au bout de ce temps, on le débarrasse de son drap mouillé, puis on le porte rapidement dans un lit sec en ayant bien soin qu'il ne puisse se refroidir. Cet enveloppement est répété tous les jours. Il produit une révulsion cutanée énergique qui exerce la plus heureuse influence sur le catarrhe bronchique concomitant, ainsi que sur l'élément spasmodique de la coqueluche.

Grâce à ce traitement que notre confrère a employé dans un grand nombre de cas de coqueluche, la guérison s'obtiendrait en une moyenne de huit à dix jours, quinze jours au plus, sans complications.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 159.7.95.



THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le curettage de l'utérus, ses abus, ses insuccès, ses indications,

Par G. Bouilly,
Chirurgien de l'hôpital Cochin,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il ne faudrait pas conclure des nombreux insuccès du curettage utérin qu'il faut le supprimer, mais je crois qu'il est tout à fait nécessaire de le réglementer. Il ne faut pas le supprimer, parce que le curettage est une opération excellente qui a fait ses preuves et qui chaque jour rend les plus grands services quand elle répond à ses véritables indications; mais il faut le réglementer. Opération facile et très généralement bénigne, tombée dans le domaine public où elle a perdu ses brevets et sa bonne marque de fabrique, elle est devenue d'une banalité écœurante; elle ne pouvait manquer, en effet, de séduire le grand nombre de médecins pour qui l'utérus et ses dépendances est devenu tout d'un coup le centre de la pathologie et à plus forte raison de les flatter hautement en leur mettant entre les mains une véritable intervention chirurgicale, en leur permettant de faire œuvre opératoire.

Quelle bonne fortune! pouvoir sans risques ou à peu près, exécuter dans les profondeurs de ce mystérieux utérus une véritable opération; n'en être plus réduit aux injections émollientes, aux tampons de glycérine et au classique crayon de nitrate d'argent! s'élever à la dignité (?) d'opérateur! Aussi un véritable vent de folie opératoire *curettante* a soufflé sur les diverses générations de médecins qui pratiquent aujourd'hui; le plus modeste praticien possède un modèle

quelconque, plus ou moins heureux de curette ; — et je me suis même laissé dire que les médecins des stations thermales fréquentées par les utérines, perdant confiance dans ces mêmes eaux, qui naguère encore guérissaient toutes les affections, quand le curettage ne florissait pas, commencent souvent la cure par le curettage !

Aussi, la chose ne s'est pas fait attendre ; trop souvent, je ne crains pas de le dire, l'opération est appliquée à tort et à travers, en dehors de toute indication vraie et utile ; et si elle ne fait pas de mal, elle ne fait pas de bien. Je n'étonnerai personne en disant qu'il semble aujourd'hui que toute affection utérine ou post-utérine soit justiciable d'un ou de plusieurs curettages ; une femme présente un peu de leucorrhée, une autre a ses règles trop abondantes ou ne les voit pas assez, une troisième souffre du ventre ou des reins, toutes curettées ! Bien plus encore, celle-là n'accuse aucun symptôme abdominal : elle ne souffre pas, elle ne perd pas, mais elle est dyspeptique, elle a des migraines, des névralgies, des troubles nerveux variés ; en dépit de tout, son utérus est accusé, trouvé coupable et condamné au curettage. Chose plus grave encore, une autre souffre réellement de l'abdomen, elle a de vraies et réelles douleurs ; ces douleurs reconnaissent pour cause des lésions avancées des trompes et des ovaires, mais peu importe, il faut d'abord curetter ; trop heureuse en pareil cas la patiente, si elle échappe à la poussée pelvi-péritonéale aiguë et si elle ne voit pas ses douleurs aggravées par cette intervention inopportune !

Dans tous ces cas, la faute est due à l'insuffisance du diagnostic et à l'insuffisance des connaissances en gynécologie ; on méconnaît les indications du curettage, on étend sa puissance d'action dans des proportions tout à fait exagérées, on l'applique à une foule de cas où il ne devrait pas être mis en question et le résultat fatal, facile à prévoir, est

la production de nombreux insuccès. Mal instruits, les médecins et le public perdent alors confiance et rejettent sur l'opération la faute qui ne doit être imputée qu'à sa mauvaise application et à son choix inopportun.

On a trop demandé et on demande trop au curettage; il ne peut donner de résultats que dans les limites où son action s'exerce ; or cette action ne s'exerce directement que sur un des éléments de l'utérus, que sur la muqueuse utérine et sa couche sous-jacente superficielle. Indirectement, la musculature, la circulation et l'innervation de l'organe peuvent se trouver favorablement impressionnés par l'ablation de produits septiques ou de corps étrangers siégeant dans cette muqueuse ou à sa surface ; mais tout résultat est absolument subordonné à l'état de cette muqueuse et tout curettage n'est indiqué que si cette muqueuse est malade, primitivement malade et a besoin d'être modifiée. Tout curettage qui s'adresse à un symptôme utérin ou abdominal, sans lésion avérée de la muqueuse utérine, est d'avance frappé de stérilité. Aussi pour serrer la question de plus près, est-il nécessaire de considérer les insuccès et les indications du curettage : 1° *dans les affections de l'utérus* ; 2° *dans les affections péri-utérines*.

a. — On va toujours répétant, j'ai moi-même écrit que le triomphe du curettage était l'arrêt des hémorrhagies dans l'*endométrite dite hémorrhagique*. La chose en soi est généralement vraie ; les meilleurs succès du curettage sont fournis par une hémostase rapide, définitive, obtenue contre des hémorrhagies répétées ou continues que l'emploi des moyens ordinaires et de la médication interne étaient incapables de maîtriser. Mais encore ici, faut-il s'entendre ; il y aurait beaucoup à dire sur cette *métrite* dite *hémorrhagique* et la première chose à faire serait d'abord de bien établir son entité. Je laisse à part ce point spécial, me réservant

de le traiter plus tard. Je n'insiste pour le moment que sur ce point particulier : le curettage ne donne de succès définitifs et durables contre la métrorrhagie que si celle-ci est liée à la présence de produits *étrangers* ou *septiques* à la surface de la muqueuse utérine. Les uns et les autres peuvent coexister et l'indication opératoire n'en est que plus nette. Les produits étrangers sont représentés par des reliquats placentaires ou choriaux restés et vivant dans l'utérus après l'avortement ou l'accouchement. L'immense majorité des métrorrhagies continues ou à répétition rapprochée, chez les femmes encore jeunes, en dehors des néoplasmes bénins et malins, est due à cette cause et presqu'uniquement à elle.

Il n'y a, pour faire le diagnostic, qu'à retrouver par l'interrogatoire un retard de règles de cinq semaines, six semaines, deux mois, et une perte quelquefois accompagnée de douleurs, dans laquelle il y a eu plus ou moins de caillots. A partir de cette époque, la métrorrhagie s'est installée, tantôt continue, tantôt interrompue par de courtes accalmies et revenant à propos de tout et à propos de rien ; ne s'accompagnant pas de douleurs abdominales ni utérines, ne causant de troubles que par l'état d'anémie où elle conduit les malades. Ici, la curette fait merveille et seule elle réussit à tarir ces écoulements sanguins contre lesquels échouent le repos, les injections chaudes et froides, les meilleures préparations hémostatiques ; et point n'est besoin que l'instrument ramène une grande quantité de détritus. Si dans les vraies rétentions placentaires, — et j'entends dans ces rétentions placentaires éloignées de plusieurs semaines et de plusieurs mois de l'avortement fœtal ou de l'accouchement, — le curettage ramène de vrais morceaux de placenta, reconnaissables à leur aspect et à leur structure, dans ces formes d'avortement consécutif à une imprégnation récente, ovulaire ou embryonnaire, il suffit pour l'hémostase

du détachement d'un point de la muqueuse plus mollasse, d'apparence fongueuse, quelquefois localisé dans un petit coin, près du fond ou de l'un des angles de l'utérus. Que l'un de ces points ou plusieurs d'entre eux, a *fortiori*, aient été négligés ou oubliés, l'effet est manqué, l'hémorrhagie se reproduit et ne cède qu'à un nouveau curettage mieux conduit et plus complet.

Une autre forme de métrorrhagie justiciable du curettage est fournie par l'infection de la muqueuse utérine, par une véritable endométrite corporelle. Il ne s'agit plus ici de produits greffés et vivants à la surface de la muqueuse utérine, véritables points saignants sur la muqueuse, mais bien de vrais phénomènes d'inflammation de la muqueuse, consécutive à une infection d'un ordre quelconque, le plus souvent post-puerpéral ou post-abortif, quelquefois blennorrhagique. La métrorrhagie, dans ce cas, n'est plus qu'un accident et une complication de l'endométrite, elle ne tient pas le premier rôle comme dans la rétention dont nous parlions plus haut. Le plus souvent alors, la métrorrhagie est une *ménorrhagie ;* les règles sont avancées, elles sont plus abondantes, plus prolongées et fréquemment le sang est en caillots. Mais en même temps, dans l'intervalle des règles, l'utérus est le siège d'un abondant écoulement muqueux, muco-purulent et même franchement purulent. La muqueuse infectée, vascularisée à l'extrême, traduit extérieurement ses lésions par les diverses expressions de ses sécrétions altérées et modifiées.

Ici, l'indication du curettage est double ; l'opération ne s'adresse à l'hémorrhagie que par la modification ou la destruction de la muqueuse infectée ; elle vise autant l'écoulement leucorrhéique que l'écoulement sanguin et n'a chance de modérer le second que si elle tarit le premier. La même et heureuse modification de la muqueuse infectée arrête à la fois la leucorrhée et l'hémorrhagie.

Là encore est la bonne et vraie indication du curettage; plus rapidement que tout autre moyen, l'intervention débarrasse la muqueuse utérine de ses produits septiques, permet l'emploi de substances modificatrices intra-utérines et ne laisse régénérer qu'une muqueuse assainie et rendue aseptique.

Ces deux cas — rétention de produits chorio-placentaires et endométrite avec tendance hémorrhagique — représentent *seuls*, à proprement parler, les véritables conditions où le curettage est indiqué et efficace contre le symptôme *hémorrhagie*. Je les considère comme des indications formelles de l'intervention que rien ne saurait remplacer; elle y rencontre les conditions les plus sûres de succès, à savoir un état pathologique de la muqueuse utérine pouvant être modifié mécaniquement, sans lésion sous-jacente importante du parenchyme utérin, sans modification notable de la circulation et de l'innervation de l'utérus. C'est dire que je regarde comme incertain et inefficace d'une façon presque constante le curettage pratiqué contre les métrorrhagies liées aux lésions des annexes, à la présence de fibromes et de polypes, à la métrite parenchymateuse et à la ménopause. Dans tous ces cas, la muqueuse n'est plus en cause par ses propres lésions; ses vaisseaux ne font que répondre aux troubles circulatoires et nerveux dont le parenchyme utérin est le siège, et une action mécanique ou médicamenteuse portant sur la face interne de l'organe ne saurait modifier d'une façon permanente sa manière de réagir. C'est là un point de la pathologie utérine que je ne puis qu'effleurer dans cet article, point digne d'un haut intérêt et sur lequel il y aurait long à dire.

Aussi quel insuccès quand on intervient à tort dans ces diverses conditions ! Si l'opération est bénigne, à la vérité, elle reste le plus souvent inefficace et se déconsidère par les échecs au-devant desquels elle court. Dans tous ces cas,

le traitement de l'hémorrhagie même n'est qu'un traitement symptomatique et palliatif; le traitement de sa cause réclame d'autres moyens.

Du curettage dans les métrites. — J'entre ici, pour ainsi dire, dans le vif de la question; ici en effet, pour la majorité des praticiens, il ne semble guère devoir exister d'hésitation dans l'emploi de la curette. L'utérus est infecté; la porte d'entrée de l'infection est la muqueuse utérine; celle-ci traduit son infection par l'abondance et l'altération de ses sécrétions. Le traitement non chirurgical est long et incertain; la cavité utérine est facilement accessible avec ou sans dilatation préalable. Quoi de plus simple et de plus logique en apparence que d'enlever cette muqueuse par un raclage soigné et d'en faire une muqueuse neuve et vierge de microbes? Le mal semble être sous la main et le remède à la portée de tout le monde. Eh bien! il faut le proclamer bien haut et ne plus se faire d'illusions; la chose est beaucoup plus compliquée qu'elle ne semble l'être au premier abord; les raisonnements et les traitements *simplistes* tombent ici en défaut devant une variété et une complexité de lésions généralement mal connues et mal interprétées.

Sous le nom banal de *métrites*, on englobe une série de lésions diverses allant du simple au composé, variant de siège, de nature, n'ayant guère comme symptôme commun que l'exagération des sécrétions utérines. Dans la généralité des cas, on ne tient pas compte de l'âge de ces lésions, de leur siège, de leur nature, de leur enchaînement et de leurs combinaisons. Croyant bien faire et tout faire, l'opérateur peu instruit ne s'attaque qu'à un des éléments de la question; il curette toujours une première fois, curette assez souvent une seconde et s'étonne de ne voir s'améliorer aucun des symptômes contre lesquels il est parti en guerre;

les douleurs, s'il en existait, ne diminuent pas ou s'exagèrent; les sécrétions modifiées quelques jours, reparaissent de plus belle ; les troubles fonctionnels sont sans changement, tout est remis en cause. C'est en effet, dans les métrites où le curettage a été présenté comme une panacée qu'on le voit échouer le plus souvent, faute d'un diagnostic judicieux des lésions et d'une saine appréciation de l'indication opératoire. Pour expliquer les récidives, on accuse les canules et les injecteurs qui réinfectent, le coït qui traumatise et congestionne, les occupations et les fatigues prématurées qui débilitent l'organisme; on n'accuse pas assez l'indication thérapeutique mal saisie et mal remplie.

Pour expliquer et éviter les insuccès du curettage dans les métrites, il est de toute nécessité de classer ces affections et de distinguer les lésions. Au point de vue des indications opératoires, une première division s'impose et il faut distinguer les métrites du *corps* et les métrites du *col*. Les premières sont relativement rares, comparées à la fréquence des secondes. Dans ces métrites, il faut de suite introduire une seconde division et tirer du siège et de la nature des lésions, et distinguer : 1° les lésions bornées à la muqueuse et à ses couches sous-jacentes les plus superficielles, *endométrite, métrite catarrhale;* 2° les altérations plus profondes du parenchyme, *métrite parenchymateuse totale, métrite parenchymateuse cervicale.* Dans ces formes profondes, si l'infection a bien à un moment débuté par la muqueuse, elle a plus tard pénétré plus profondément et produit dans les autres éléments de l'organe, des altérations portant sur les glandes, sur le tissu interstitiel, sur les vaisseaux, *métrite cervicale glandulaire, métrite cervicale avec dégénérescence scléro-kystique,* etc.

A cette période, les lésions superficielles, catarrhales de la muqueuse, ne sont plus rien ou ne jouent qu'un rôle

effacé ; les altérations profondes, secondaires, sont tout et deviennent la source de nouvelles indications que ne saurait remplir le curettage seul.

Pour ne pas donner à cet article des développements exagérés et pour éviter de tomber dans des redites, qu'il me soit permis de formuler en résumé les indications et les contre-indications du curettage, en pareil cas, c'est-à-dire de trouver par là même la cause de ses succès et les raisons de ses échecs. Dans les métrites, le curettage est par excellence le traitement des *endométrites du corps* utérin ; c'est-à-dire des infections superficielles, encore récentes, de la muqueuse corporelle ; la curette est l'instrument du corps de l'utérus. Elle réussira, presqu'à coup sûr, ou préparera le succès des traitements consécutifs, dans les infections de la muqueuse corporelle post-puerpérales ou post-abortives de date encore peu éloignée ; elle réussira dans le nettoyage de la muqueuse infectée par le sang où les sécrétions retenues par un fibrome ou un polype utérin ; elle fera merveille dans les métrites caséeuses ou caséiformes des vieilles femmes où les sécrétions s'accumulent, se décomposent, se putréfient et simulent un cancer du corps utérin. En dehors de ces quelques cas, le curettage échouera presque toujours ; il manquera son effet dans les métrites parenchymateuses totales, contre les gros utérus à mauvaise involution, à infiltration interstitielle, à mauvaise vascularisation, à innervation troublée. Il ne réussira presque jamais dans la dysménorrhée membraneuse ; il échouera constamment contre l'hydrorrhée symptomatique d'une lésion des annexes, contre les écoulements sanguins et leucorrhéiques revenant à date fixe entre les époques.

Les métrites du col représentent la plus grosse part des lésions chroniques, contre lesquelles nous sommes appelés à intervenir. Or, ici dans ces cas nombreux, l'indication opératoire devient tout autre et l'on peut dire que le col est

un mauvais terrain pour la curette. Dans les infections aiguës ou subaiguës, blennorhagiques ou autres, elle est dangereuse ; dans les infections chroniques, elles est inefficace. Dans l'endométrite glandulaire cervicale, la profondeur des lésions contenues dans les culs-de-sac glandulaires sous-muqueux et intermusculaires, les rend inabordables à l'instrument ; curetter en pareil cas, c'est nettoyer le goulot d'une bouteille sans nettoyer son fond. Dans les déchirures du col compliquées d'infection, si la déchirure est encore récente, le curettage ne peut être qu'un premier temps du traitement dont la restauration du col constitue le temps principal ; dans les déchirures anciennes, compliquées d'ectropion cicatriciel, de métrite cervicale parenchymateuse, de dégénérescence scléro-kystique, il n'a plus de raison d'être. Il n'y a plus de muqueuse à proprement parler, toutes les lésions sont profondes et interstitielles ; gratter ou cautériser en pareil cas, c'est perdre absolument son temps et méconnaître l'indication. Les lésions ne peuvent être modifiées ici que par des opérations à la fois destructives et réparatrices, réalisant l'ablation des parties malades et la restauration des formes perdues. Si le curettage est pratiqué en même temps, il intervient pour la muqueuse du corps, il n'est plus qu'un acte complémentaire, qu'un coup de balai qui ne laisse pas malpropre le reste de l'appartement après qu'on a nettoyé et restauré le vestibule. Il n'est donc pas difficile de conclure, en s'inspirant de ces données générales, combien sont restreintes les indications du curettage dans les lésions chroniques du col et combien doivent être fréquents ses insuccès en pareil cas.

C. *Du curettage dans les affections péri-utérines.* — Je ne puis avoir la prétention, dans un article de ce genre, d'étudier l'influence de la thérapeutique intra-utérine dans le traitement des lésions développées autour de l'utérus ; je ne veux

m'occuper ici, et d'une façon très sommaire, que des indications du curettage contre ces complications et je chercherai surtout à montrer la rareté de ces indications. C'est ici, en effet, que sont le plus nombreux les abus et les insuccès de cette manœuvre. Quand on n'est pas assez patient pour attendre du temps et des médications simples la résolution ou l'amélioration des lésions péri-utérines peu avancées, ou quand on n'est pas assez chirurgien pour enlever des organes malades que rien ne saurait plus améliorer, il est bien rare qu'on ne pratique pas un ou plusieurs curettages. Dans la plupart des cas, le bénéfice retiré par les malades peut être tout aussi bien attribué au repos nécessité par l'opération qu'à l'opération elle-même. Le curettage est appliqué banalement, sans diagnostic précis des lésions péri-utérines, sans appréciation exacte de la présence ou de la nature de ces lésions, sans un examen suffisant de l'état de l'utérus. La douleur abdominale, pelvienne, la gêne de la marche, les troubles fonctionnels à distance, les phénomènes dyspeptiques et nerveux, voilà souvent toute la source de l'indication opératoire ! S'agit-il de vraies utérines, de *fausses* utérines ; s'agit-il d'une affection de la trompe ou des ovaires, d'une propagation au tissu cellulaire péri-utérin ou au péritoine pelvien? Peu importe, on opère et on n'obtient rien ; quelquefois même on obtient une aggravation douloureuse.

Il est loin d'être indifférent de curetter à toutes les périodes des affections péri-utérines et contre toutes ces lésions. L'indication opératoire ne saurait être fournie par la seule constatation de phénomènes propagés autour de l'utérus ; elle doit se tirer du siège et de la nature de ces phénomènes et de la connaissance aussi exacte que possible des lésions.

Une manœuvre, comme le curettage, qui ne s'adresse qu'à la muqueuse utérine ne peut avoir une influence sur les lésions de voisinage que d'une façon tout à fait indi-

recte; elle ne peut prétendre à leur amélioration que par la mise en meilleur état de cette muqueuse et la suppression d'un milieu septique d'où partent les éléments infectieux pour ce voisinage. Deux conditions dominent, en ce cas, les indications et peuvent faire prévoir le succès ou l'échec du curettage ; d'une part, une infection utérine pouvant être supprimée par l'action mécanique, c'est-à-dire par l'ablation de la muqueuse; d'autre part, la nature et le degré des lésions péri-utérines. L'utérus peut infecter la trompe par continuité d'inflammation de sa muqueuse à la muqueuse tubaire, *endo-salpingite;* il peut enflammer le tissu cellulaire du ligament large et du bassin, l'ovaire, par une lymphangite péri-utérine; *cellulite pelvienne, ovarite* et *péri-ovarite;* il peut infecter le péritoine pelvien par le même mécanisme, sans propagation nécessaire aux annexes, *paramétrite latérale* et surtout *paramétrite postérieure.* Or, quel que soit le chemin parcouru par l'élément infectieux et quel que soit son point d'arrivée, l'intervention utérine n'a chances de succès que si elle arrive hâtivement et si elle est pratiquée avant la production de lésions de voisinage bien et dûment constituées. A cette période précoce, on ne peut souvent que soupçonner l'infection de voisinage; une douleur utérine constatée par le palper bi-manuel, de la sensibilité sur les parties latérales ou dans le cul-de-sac postérieur de l'organe réveillée par la même exploration, une moindre dépressibilité, une diminution de la souplesse normale des culs-de-sac; à un degré plus avancé, un léger empâtement douloureux de la base des ligaments larges, une traînée sensible, sur un des côtés, au niveau du dôme vaginal, continuant une déchirure cervicale; le tout accompagnant un écoulement leucorrhéique, purulent, une érosion ou une déchirure du col, chez une femme encore peu éloignée d'un accouchement ou d'un avortement ou en puissance d'une gonorrhée de quelques semaines; voilà autant

d'utiles présomptions d'une infection propagée au voisinage, voilà de bonnes indications pour tarir la source d'où le mal s'écoule et s'étend. Trompe enflammée au niveau de son trajet utérin? Ovaire ou tissu cellulaire entouré ou parcouru par des lymphatiques enflammés? Péritoine pelvien rouge et secrétant au voisinage du tissu utérin et de ses lymphatiques sous-séreux charriant des matières septiques? Peu importe le diagnostic anatomique précis; le diagnostic clinique est clair; le *parametrium* devient malade, parce que l'utérus est en puissance et en état d'infection; modifiez cet état et tout le voisinage rentrera dans l'ordre. Vous éviterez ainsi une salpingite au début, une cellulite pelvienne en voie d'évolution, une ovarite et une péri-ovarite pour l'avenir, vous préviendrez une paramétrite postérieure avec ses adhérences et toutes ses fâcheuses conséquences pour la nutrition et l'attitude de l'utérus.

Et en dehors de ces conditions toutes spéciales où le curettage peut être souverain, peut-il être bon et utile contre les degrés plus avancés des lésions des annexes? J'en doute et je ne le crois pas. Que peut-il faire à une période où la muqueuse utérine s'est spontanément modifiée, où ses sécrétions sont devenues stériles et où les lésions de voisinage ont pris toute l'importance et jouent le premier rôle? Que peut-il contre ces trompes malades qui ne communiquent plus avec l'utérus, pour ces ovaires adhérents, kystiques ou farcis de petites collections purulentes, contre la cellulite pelvienne organisée, scléreuse, contre les adhérences péritonéales ou les collections séreuses enkystées? Il ne peut rien, son moment d'action est passé; son application est plus nuisible qu'utile.

Je ne ferai pas l'injure de croire qu'on l'applique quelquefois contre la salpingite suppurée ou le pyo-salpinx, contre les gros ovaires kystiques ou purulents, contre les adhérences des organes du petit bassin. Ici, la manœuvre

ne serait plus seulement inutile, elle deviendrait dangereuse et presque coupable.

Et ainsi, en procédant par élimination, ne voit-on pas à quel petit nombre d'indications répond le curettage dans les affections péri-utérines et même utérines, et si l'on compare la quantité des opérations pratiquées journellement à la faible somme des cas qui la réclament, n'ai-je pas le droit de dire, à la fin comme au début de cet article, que le curettage a besoin d'être réglementé ?

PHARMACOLOGIE

Valeur thérapeutique du Pambotano (Calliandra Houstoni), dans le traitement de quelques manifestations paludéennes

Par le Dr Crespin, d'Alger.

Depuis le mois de novembre 1892, j'ai exercé dans des régions infestées, à des degrés divers, de fièvres palustres ; bien souvent je me suis trouvé aux prises avec ces manifestations tenaces, rebelles à tous les médicaments comme à toutes les médications d'un usage courant. C'est dans des cas semblables que j'ai donné le Pambotano, médicament peu connu en France, surtout il y a quelques années. Les résultats que j'ai obtenus sont assez encourageants, pour m'autoriser à les faire connaître aujourd'hui.

Le Pambotano, arbuste de la famille des Légumineuses Schwartziées, pousse au Mexique et en Cochinchine, mais seulement dans les régions chaudes. La portion active de la plante est la racine : depuis longtemps, on l'emploie au

Mexique, et dans les pays de latitude voisine, contre les accidents paludéens.

Plusieurs chimistes, MM. R. de Orellano, Moralès, au Mexique, MM. Villejean, Bocquillon, Arnaud, en France, ont fait l'analyse de la plante, sans y découvrir autre chose que du tannin, des matières grasses, une résine âcre soluble dans l'éther et l'alcool, et un glucoside (Bocquillon) : aucun d'eux n'a pu déceler la présence d'un alcaloïde.

Beaucoup de praticiens ont employé cette racine, mais aucun d'eux n'a encore publié de travail étendu sur ses effets thérapeutiques : les essais, restés isolés, vraisemblablement, en raison de la difficulté éprouvée à se procurer le médicament, n'ont permis à personne de formuler des conclusions décisives. Voilà pourquoi je crois utile de résumer mes recherches personnelles : sans me dissimuler les nombreuses lacunes existant dans ce travail, je crois être autorisé, en raison du grand nombre de mes observations, à formuler certaines règles, me paraissant tout à fait établies, et à signaler certains points qui méritent une attention toute particulière, malgré le vague les entourant encore.

Parmi les médecins qui se sont le plus particulièrement occupés de ce médicament au point de vue clinique, il convient de citer surtout : d'abord les médecins du Paraguay, de la Plata, du Mexique, puis MM. Betancès aux Antilles, Depeton (des Basses-Pyrénées), dès 1884, de Chapelle (de Bordeaux), Frouin, Poirson, Valude (de Vierzon) : ce dernier a présenté la plante à l'Académie, au mois de novembre 1889. Le mémoire de Valude contient quinze observations personnelles, ayant trait à des guérisons de fièvres de toute nature, grâce au Pambotano ; dans son rapport sur ce mémoire, M. Dujardin-Baumetz, malgré le petit nombre d'observations présentées, concluait à l'opportunité

de recherches nouvelles, sur un médicament qui promettait autant !

Mes expériences ont porté, comme celles de Valude, sur un certain nombre de manifestations fébriles, dépendant de maladies variées : je ne veux m'occuper que des manifestations paludéennes ayant résisté à la quinine, à d'autres médicaments, à l'hygiène la plus sévère, et contre lesquelles j'ai eu avantage à employer le Pambotano.

Modes d'administration du médicament. — Je l'ai administré soit sous forme de décoction de racine, soit sous forme d'élixir ; ma façon de faire a été celle de Valude, sauf une modification, que j'ai cru devoir introduire dans l'administration du médicament, à la suite de certains cas douteux : au lieu de donner 70 grammes de racine en décoction ou en élixir, j'ai élevé la dose à 80 grammes pour l'adulte, et j'ai administré le médicament en huit fois au lieu de quatre, en vingt-quatre heures; pour l'enfant au lieu de 35 grammes, j'ai donné 40 grammes également en huit fois, ou même en dix fois.

D'ailleurs la règle très générale que je viens d'énoncer, concernant le mode d'administration du Pambotano ne doit pas être considérée comme absolue; selon la forme, la date, l'intensité des accidents palustres, il faut modifier sa pratique dans le sens qui paraîtra le plus favorable, d'après son expérience propre.

Voici quelques indications à ce sujet : j'ai observé qu'avec des doses fractionnées, 80 grammes étant toujours la dose maxima pour vingt-quatre heures, j'arrivais à un résultat meilleur qu'avec des doses massives, dans les cas de fièvres intermittentes quotidiennes ou continues, de date récente, sans hypertrophie splénique douloureuse. Ces mêmes doses fractionnées m'ont rendu de grands services dans les cas de paludisme invétéré ou chronique.

En présence d'accidents graves et affectant un caractère très net d'acuité, j'ai usé avec avantage des doses massives (80 grammes en deux fois à trois heures d'intervalle).

J'ai remarqué comme Valude, qu'il fallait donner le Pambotano, au moins une heure après le repas, à cause des vomissements presque inévitables, quand on néglige cette précaution.

Effets physiologiques du médicament.

A. *Sur l'homme sain et adulte.* — Mon expérimentation a porté sur moi-même, qui n'ai jamais été entaché de paludisme.

J'ai pris une première fois 80 grammes de racine de Pambotano en décoction, une seconde fois 70 grammes en élixir, et les effets ont été les mêmes, un peu plus marqués dans la première expérience, ce qui tient vraisemblablement à la dose un peu plus forte du médicament. Ces deux quantités ont été prises en vingt-quatre heures, divisées en huit doses égales, et dans du thé très chaud et très sucré : la saveur m'a paru très âcre, mais nullement désagréable. Un quart d'heure après l'absorption de la première dose, je sentis des sueurs venir en abondance : la salivation augmenta ainsi que la secrétion urinaire : l'augmentation de cette dernière n'a cependant jamais été aussi marquée qu'à la suite de l'administration d'un vrai diurétique. Le pouls augmenta de fréquence et de force. Dès le lendemain, l'appétit, très diminué les jours précédents, augmenta, et pendant quatre jours, il en fut de même; la quantité d'aliments absorbés sans aucun trouble digestif fût considérable, ce qui était d'autant plus remarquable que, naviguant alors dans la mer des Antilles, pendant la saison chaude, je subissais auparavant le sort commun des Européens, qui perdent tous plus ou moins l'appétit à cette époque de

l'année (août-septembre 1894) sous ces latitudes tropicales. Les somnolences invincibles auxquelles j'étais sujet quelques jours auparavant disparurent pour faire place à une grande lucidité, qui me permit de travailler efficacement, aux heures où d'habitude j'étais obligé de faire une sieste, souvent très prolongée. Je puis rapprocher ces effets de ceux obtenus encore sur moi-même quelques années auparavant, par l'administration de 0 gr. 60 à 1 gramme de caféine, mais je ne puis pousser plus loin la comparaison entre ces deux substances, car la dernière avait eu des effets bien plus passagers.

B. *Sur l'homme malade.* — L'action du médicament sur le malade est analogue à son action sur l'homme sain; j'ai toujours noté, dès l'administration de la première dose, une sueur très abondante, une accélération du pouls et de la respiration, une augmentation des secrétions salivaire et urinaire, bref une suractivité considérable de la plupart des fonctions organiques. Tous mes malades ont accusé eux-mêmes la réaction très vive qui se passait en eux : certains m'ont dit avoir cru d'abord à l'inefficacité du médicament, dès l'apparition des sueurs, puis s'être sentis comme revenir à la vie; ces sensations particulières éprouvées par mes malades, indiquent nettement l'uniformité dans le mode d'action du Pambotano et en font un médicament des plus sûrs.

Observations.

Mes observations sont au nombre de soixante : trente se rapportent à des malades traités auparavant SANS RÉSULTAT, à l'aide de médicaments divers : cinquante relatent des succès incontestables et même remarquables pour certaines d'entre elles : dix au contraire relatent des insuccès.

Ma situation de médecin d'un chemin de fer en construction d'abord, de médecin sanitaire à bord des paquebots de la Compagnie Transatlantique ensuite, a été tout à fait favorable à l'expérimentation que j'ai entreprise depuis deux ans et demi.

Voici la répartition par région de mes diverses observations :

30 en Tunisie (région de Tunis-Mâteur-Bizerte);

5 dans l'isthme de Panama (4 à Colon, 1 à Couleubra);

4 à Haïti;

1 à Puerto-Rico (San-Juan);

10 relatives à des Indiens émanant de la Martinique et de la Guadeloupe et rapatriés dans l'Inde, à bord de la *Ville-de-Bordeaux*, au mois de juillet d'abord, au mois d'octobre 1894 ensuite;

5 en Algérie (3 cas dans le département de Constantine, aux environs de La Calle; 2 à Alger);

5 à Marseille.

Les dix insuccès ont été observés, en Tunisie (5 cas), à Colon (1 cas), à bord de la *Ville-de-Bordeaux* (2 cas), un à Marseille, un autre à Haïti.

Mais l'on verra par la suite que ces insuccès n'ont pas été absolus, au moins pour la plupart d'entre eux, ou qu'ils ont trait à des cas défiant, jusqu'à présent, toutes les ressources de la science.

Voici le résumé de mes observations, classées selon le type palustre dans lequel j'ai donné le Pambotano :

A. *Fièvres intermittentes quotidiennes.* — Les résultats ont été remarquables : 20 cas, 20 succès, et dans 16 cas, il a suffi de 80 grammes de racine en décoction ou en élixir, pour couper la fièvre d'une façon définitive, restaurer l'état général presque instantanément. Dans les quatre autres cas, il a fallu renouveler la dose quelques jours plus tard;

mais alors le succès était définitif, surtout si le malade ne s'exposait plus à une nouvelle infection, et même, dans ce dernier cas, j'ai constaté comme une immunité contre le paludisme; des ouvriers guéris avec une ou plusieurs doses de Pambotano pouvaient affronter des marécages particulièrement dangereux, sans être touchés par le miasme palustre. Ces observations ont toutes le mérite de se rapporter à des malades qui furent suivis pendant plus de dix-huit mois: elles seules suffiraient à établir la valeur thérapeutique du médicament, puisque mes malades auraient été traités pendant un mois au moins, plusieurs mois au plus, avec la quinine, sans qu'un résultat très net ait été obtenu.

Dans les cas (16) où la guérison a été obtenue à l'aide d'une seule dose (80 grammes), j'ai noté six fois que le type de la fièvre changeait avant qu'il y ait disparition complète. De quotidienne la fièvre devenait tierce; dans un cas, elle devint tierce, puis quarte; mais en moins de dix jours, tous les accidents disparaissaient, et d'une façon définitive.

Dans les autres cas, la fièvre a disparu du jour au lendemain.

Il n'y a jamais eu de récidive de l'infection palustre avant huit mois, et ces récidives, toujours légères, se sont produites chez des personnes s'étant exposées d'une façon continue à des émanations nocives, et comme la plupart étaient des ouvriers, leur hygiène laissait beaucoup à désirer : je n'ai constaté d'ailleurs que cinq récidives.

B. *Fièvres continues simples.* — 25 cas, 23 succès, 2 insuccès. Les résultats sont au moins aussi remarquables que ceux énoncés précédemment. Il a fallu généralement (dix-sept fois) une dose et demie, deux fois deux doses, quatre fois une seule dose pour amener une guérison paraissant définitive, en moins de quinze jours, puisque la plu-

part des malades (15) suivis pendant deux mois, n'ont présenté aucune atteinte nouvelle de l'affection palustre. Le type de la fièvre est devenu seize fois quotidien avant de disparaître complètement. Les deux insuccès ont trait : 1° à un enfant de six ans, de la Martinique, profondément anémié, et soumis à une hygiène déplorable. 40 grammes un premier jour, 40 grammes six jours après, produisirent une amélioration très légère de l'appétit; mais la fièvre ne disparut point, et le malade ne retira, en somme, aucun avantage de l'administration du médicament; 2° à un jeune indien de 11 ans, réduit à l'état squelettique, et mort à bord de la *Ville-de-Bordeaux*, au mois de juillet 1895; il y eut même intolérance (c'est le seul cas) de la part de cet Indien, qui vomit le Pambotano, comme il vomissait tous les aliments, sitôt leur absorption.

C. *Fièvres bilieuses des pays chauds.* — (4 à Haïti; 1 cas à la Martinique; 1 cas à Colon). Il n'y a eu que deux succès, et encore peu significatifs : un nègre de Saint-Domingue, en voie de guérison déjà, éprouva une amélioration immédiate de l'état général, après l'absorption d'une dose de Pambotano; sa guérison s'acheva d'une façon plus rapide, m'a-t-on dit, mais je ne l'ai point suivi.

Un autre nègre fut guéri d'une fièvre bilieuse avec dysenterie datant d'un mois, mais avec le concours d'autres médicaments (quinine, quassia amara) et un régime des plus sévères. Les insuccès ont trait à des fièvres bilieuses très graves, trois étaient des fièvres bilieuses hématuriques; ces trois cas ont été suivis d'une mort très rapide.

D. *Paludisme chronique.* — Périodes de fièvres très espacées, mais durant alors huit jours, quinze jours, un mois même, avec mégalosplénie souvent considérable, et absolument inattaquables par la quinine, l'arsenic ou d'autres médicaments.

6 cas, 5 succès, 1 insuccès. Il a fallu quatre fois deux doses, une fois une seule dose a suffi : la rate a diminué en même temps que l'état général s'améliorait, et cela en moins de vingt jours. L'insuccès se rapporte à un malade paludié depuis trente ans, et porteur d'une cirrhose depuis cinq ans; ce malade semble cependant avoir éprouvé une amélioration passagère, grâce au Pambotano.

E. *Accès pernicieux.* — 1 cas, 1 insuccès. Au deuxième jour d'un accès pernicieux traité la veille par des injections de quinine et de bleu de méthylène, 80 grammes de Pambotano n'empêchèrent pas la mort, d'ailleurs imminente avant l'administration du médicament. Ce cas a été observé à la Martinique.

F. *Névralgies.* — 2 cas, 2 insuccès.

Mes malades ont tous deux repris l'appétit qu'ils avaient perdu, mais leurs névralgies n'ont pas cédé au médicament.

De toutes ces observations je crois pouvoir dès maintenant tirer les conclusions suivantes :

1° Le Pambotano réussit souvent dans les accidents palustres, là où auparavant la quinine et d'autres médicaments avaient complètement échoué.

2° C'est surtout dans les fièvres intermittentes quotidiennes, et dans les formes continues simples, que le médicament remporte le plus de succès. Dans le paludisme chronique, il est également très avantageux; mais dans la fièvre bilieuse, les accès pernicieux, les névralgies, il n'a pas donné de résultat bien instructif.

3° Dans la plupart des cas, il a été noté l'augmentation de l'appétit : le médicament paraît être un stomachique puissant, très supérieur au quinquina.

4° Le Pambotano ne paraît pas agir spécifiquement sur les accidents palustres : il agit vraisemblablement en rele-

vant l'état général, en favorisant la décharge, l'élimination des éléments infectieux, par la peau ; cette décharge est donc ici presque exclusivement cutanée.

5° Ce mode d'action du médicament explique ses succès dans diverses maladies infectieuses (grippe, fièvre thyphoïde, etc.) comme en font foi les observations de Valude.

6° L'absorption du Pambotano se fait toujours très rapidement :

7° C'est un médicament absolument inoffensif.

8° Quand il sera suffisamment connu, il rendra de grands services en Algérie ; car il agit victorieusement sur les types d'accidents palustres qu'on rencontre le plus fréquemment dans ce pays : (fièvres intermittentes — continues, — paludisme chronique).

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

Traitement de la furonculose.

(Recueillie par M. Goudart).

La nature du terrain semble avoir une grande influence dans le développement de la furonculose ; si le plus souvent on n'observe qu'un furoncle isolé, sans que le malade présente jamais ni pendant son évolution ni après sa guérison aucun autre accident semblable, il n'est pas rare de voir au contraire coexister ou se succéder une série de furoncles disséminés sur divers points du corps ou agglomérés en une certaine région et constituant une furonculose plus ou moins généralisée. A cette prédisposition individuelle s'ajoutent des infections de voisinage par propagation du staphylocoque aux tissus des régions qui entourent

le premier furoncle. Ces infections de voisinage contribuent pour une large part à multiplier les foyers morbides.

Outre les inconvénients locaux dûs à la douleur et à la gêne provoquées par l'éruption, la furonculose amène souvent des troubles généraux, particulièrement du côté du tube digestif et il n'est pas très rare d'observer des complications qui viennent assombrir le pronostic de cette affection en apparence bénigne.

Aussi importe-t-il d'instituer le plus tôt possible un traitement rigoureux de la maladie.

Ce traitement doit être double et comprendre une médication interne en même temps qu'une thérapeutique externe.

I. Traitement interne. — 1° On donnera au malade, comme unique boisson, de l'eau de goudron ;

2° On lui fera prendre des cachets contenant :

Soufre sublimé	0gr,10
Camphre pulvérisé	0gr,02

Pour un cachet, prendre trois cachets par jour ; un le matin, un au milieu de la journée, un troisième le soir.

II. Traitement externe. — Le traitement externe s'adresse directement à l'éruption furonculeuse. Il varie suivant l'état plus ou moins avancé de chaque furoncle. Il a pour but, soit de faire avorter les furoncles au début, soit d'évacuer le contenu des furoncles déjà formés et d'éviter ainsi autant que possible les propagations du voisinage, tout en amenant une cicatrisation plus rapide.

a. Furoncles au début. — Dès qu'on verra en un point apparaître une rougeur ou un commencement de pustule annonçant la formation d'un nouveau furoncle, on couvrira le point de teinture d'iode. On badigeonnera ainsi tous les points suspects.

b. Furoncles formés. — Pour les furoncles déjà formés, on cherchera à en évacuer aussi exactement que possible le contenu. Si le furoncle s'est ouvert spontanément, on l'exprimera avec soin, en agrandissant l'ouverture si cela est nécessaire avec le bistouri, de manière à pouvoir aisément le vider.

Après avoir ainsi exprimé le contenu du furoncle, on introduira dans la plaie à l'aide d'un pinceau une pâte ainsi constituée :

Soufre sublimé	10 grammes.
Camphre pulvérisé	10 —
Glycérine	Q. S.

En outre, on étendra cette pâte sur un linge de toile dont on recouvrira l'ensemble de l'éruption furonculeuse.

Enfin on fera quatre fois par jour sur toute la surface de l'éruption, après avoir soigneusement lavé les furoncles à l'eau boriquée, une pulvérisation d'une demi-heure avec de l'eau phéniquée au centième ; après quoi, on refera le pansement à la pâte soufrée.

Ce traitement de la furonculose amène en général une amélioration rapide de l'état du malade. Il arrête immédiatement le développement et la propagation de l'affection.

Appliqué à temps lorsqu'il n'existe qu'un seul furoncle il a le grand avantage non seulement d'amener sa guérison rapide, mais encore d'empêcher chez les individus prédisposés le développement de la furonculose.

Il est bien entendu que tout traitement de la furonculose sera précédé d'une recherche consciencieuse du sucre dans l'urine. Dans les cas de diabète le traitement sera modifié suivant les indications spéciales fournies par cette affection.

VOCABULAIRE MÉDICAL

Terminologie technique et scientifique,

Par M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

Dans un précédent numéro (15 juillet 1895) nous avons commencé la publication de l'appellation des opérations chirurgicales d'après leur nom technique ou d'après le nom du procédé de l'opérateur. Il nous a paru intéressant d'alterner cette publication avec celle de l'explication des différents mots employés en médecine soit pour désigner un symptôme, soit pour désigner une maladie d'après le nom de l'auteur qui le premier l'a décrite. Un exemple fera mieux comprendre l'utilité de cette publication que l'explication la plus étendue : ainsi, voici une affection désignée sous le nom de maladie de Fothergill qu'on désigne encore souvent sous le nom de prosopalgie et qui n'est autre que la névralgie faciale, névralgie du trijumeau, névralgie trifaciale, qui prend encore le nom de tic douloureux de la face lorsqu'elle se complique de phénomènes convulsifs. Nous pensons donc être utile aux praticiens en leur désignant brièvement, sous forme de vocabulaire, les différentes dénominations nouvelles et anciennes avec leurs synonymes d'après les travaux les plus récents et les découvertes les plus modernes. Le praticien pourra ainsi, lorsqu'une de ces appellations se présentera dans la lecture d'un travail, être rapidement au courant de cette appellation. Nous commencerons par la publication des termes employés dans les maladies du système nerveux.

Anesthésie. — Abolition complète de la sensibilité générale de la peau et des muqueuses.

Hémi-anesthésie. — Perte de la sensibilité de la moitié du corps.

Hypo-anesthésie. — Diminution de la sensibilité.

Hyperesthésie. — Exagération de la sensibilité.

Dysesthésie. — Retard de la sensibilité qui n'est perçue que quelques instants après l'excitation.

Cryesthésie. — Sensibilité au froid.

Paresthésie. — Sensations anormales très diverses : froid, chaleur, reptation, formication, etc.

Analgésie. — Perte de la sensibilité à la douleur.

Hypo-algésie. — Diminution de la sensibilité à la douleur.

Hyperalgésie. — Sensation douloureuse au simple contact.

Haphalgésie. — Sensation douloureuse intense à la suite de l'application sur la peau de certaines substances qui ne provoquent à l'état normal qu'une sensation banale de contact (Pitres).

Allochirie. — Trouble de la sensibilité dans lequel les contacts perçus par le patient sont rapportés par lui non à la partie touchée mais à la partie symétrique du corps (Brown-Séquard, Obersteiner).

Thermo-anesthésie. — Perte de la sensibilité à la chaleur.

Thermo-phobie. — Exaltation subjective de la sensibilité thermique.

Topoalgie. — Plaque douloureuse localisée dans une région variable, sorte de neurasthénie mono symptomatique (Blocq).

Polyesthésie. — Trouble de la sensibilité dans lequel une excitation avec un seul agent, pointe d'épingle, produit une sensation multiple comme si on faisait deux ou trois piqûres.

Signe de Remak. — Anomalie de la perception en vertu de laquelle une piqûre d'épingle, par exemple, développe d'abord une sensation tactile, puis après quelques secondes une sensation douloureuse.

Maladie de Parkinson. — Paralysie agitante ou skaking-palsy.

Facies parkinsonnien. — Facies marmoréen. Facies de la paralysie agitante caractérisé par l'immobilité des traits du visage, la fixité du regard. La figure a une expression permanente de tristesse et parait comme figée.

Maladie de Stokes-Adams. — Syndrome caractérisé par un pouls lent permanent.

(*A suivre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

De l'insomnie en chirurgie et de son traitement (G. van Schaiek, *Aerztliche Rundschau*, 1895, n° 17; tirage à part). — L'insomnie dont on a à s'occuper en chirurgie peut être due aux causes suivantes :

1° *Nervosité par suite de la peur de l'opération.* — Cette peur de l'opération est assez fréquente ; elle se manifeste ordinairement, dès que le chirurgien a annoncé au malade la nécessité d'une opération, par l'accélération du pouls, par la rougeur de la face, la frayeur, la fixité du regard, etc. Cette peur est ordinairement accompagnée d'insomnie opiniâtre qui affaiblit l'organisme et la résistance du malade au shock. On a même signalé des cas où cette peur a amené la

mort des sujets à opérer. Il faut donc combattre cette peur en démontrant au malade l'innocuité de l'opération et surtout lui procurer le sommeil. Toutes les fois que cette insomnie n'est pas causée par la douleur, c'est au trional, à la dose de 1 gramme, que l'on aura recours. En cas de nécessité, on répétera cette même dose dans une heure. Le sommeil est tranquille et les malades se réveillent le lendemain complètement rafraîchis.

2° *Affaiblissement du système nerveux par suite des maladies cachectiques et de la douleur.* — Il s'agit surtout de processus suppuratifs profonds. Dans tous ces cas le chirurgien s'efforcera de relever préalablement l'état des forces des malades. Contre l'insomnie très fréquente dans ces cas il est tout à fait impossible de prescrire le chloral hydraté, à cause de son action toxique sur le cœur, déjà si malmené dans toutes les affections chroniques provoquant chez les malades un épuisement général. La morphine, il est vrai, soulage bien la douleur, mais en cas de douleur chronique, il y a danger de morphinomanie. C'est encore le trional, à la dose de 1 à 2 grammes, qui procurera à ces malades un sommeil tranquille et réconfortant.

3° *Etat nerveux après l'opération.* — Si l'insomnie n'est pas due aux douleurs (auquel cas elle est justiciable de la morphine), on la combattra efficacement par le trional. On l'administrera après la disparition de la nausée dont les malades se plaignent assez souvent.

4° *Certaines circonstances chirurgicales.* — L'état nerveux avec insomnie consécutive est très fréquent après opérations pratiquées sur l'appareil uro-génital de l'homme, l'uréthrotomie, par exemple. On le rencontre aussi après le traitement opératoire des hémorrhoïdes, après fractures chez les cancéreux, dans les affections osseuses, etc. Le trional est très utile dans tous ces cas. S'il s'agit de laparotomies où il

est indiqué de laisser le plus longtemps possible l'estomac en repos, on prescrira alors le trional en lavements.

5° *Troubles concomitants du système nerveux.* — L'insomnie de cette nature se rencontre très souvent dans l'alcoolisme, l'hystérie, le tabac, les maladies mentales, l'abus des narcotiques (surtout la morphine), l'artériosclérose (céphalées), etc. Le trional se montre très efficace dans tous ces cas.

L'auteur résume comme suit les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Quelle qu'en soit la cause, l'insomnie complique considérablement toutes les affections chirurgicales et il est absolument urgent d'y remédier; le sommeil revenu améliore l'état général des malades, rend plus bénin le pronostic, plus sûre la guérison après l'opération.

2° La douleur est-elle la cause unique de l'insomnie, c'est exclusivement à la morphine qu'il faut avoir recours;

3° Mais dans la plupart des cas, l'insomnie survenant dans le cours des affections chirurgicales, peut être combattue efficacement par le trional. Il est d'autant plus préférable à tous les autres hypnotiques qu'il agit d'une manière sûre et rapidement, qu'il n'entrave en rien les sécrétions, qu'il semble être doué de propriétés stimulantes, que bien supporté par l'estomac, il est en outre bien absorbé par le rectum, et qu'enfin son administration ne provoque point de phénomènes secondaires fâcheux.

Remarques sur le traitement de l'hémorrhagie secondaire des artères des membres supérieurs (John E. Platt, *The Medical Chronicle*, nouvelle série, t. III, n° 2, mai 1895, p. 116-119). — Dans les deux premiers cas il s'agit, dans l'un, de la section de l'artère cubitale et, dans l'autre, d'une plaie de l'arcade palmaire superficielle, avec hémorrhagie secondaire. Les plaies étant restées aseptiques, il fut très aisé de maitriser cette hémorrhagie : après agrandissement de la plaie, on

passa des ligatures sur les vaisseaux sectionnés ou seulement ponctionnés, et l'hémorrhagie ne survint plus.

Tout autre fut le troisième cas : plaie du pouce avec suppuration consécutive d'un ganglion lymphatique siégeant vers la terminaison de l'artère brachiale. L'abcès fut ouvert, mais plus tard il survint de l'hémorrhagie de la cavité de l'abcès. A l'exploration de la cavité l'auteur s'est assuré, que le sang provenait d'une petite branche de l'artère brachiale ouverte par ulcération tout près du tronc principal de l'artère brachiale. La ligature de la petite branche étant impossible, il fit deux ligatures aux fils de soie au-dessus et au-dessous de l'abouchement de la branchiole dans le tronc principal. Lavage de la plaie et drainage. Mais treize jours plus tard, l'hémorrhagie se renouvela : le tronc de la brachiale fut coupé par les fils de soie devenus septiques dans la plaie suppurante. Il aurait été tout à fait inutile de rouvrir la plaie et d'appliquer de nouveau des ligatures sur les mêmes points, les ligatures sur le tronc altéré pathologiquement ne pouvant plus donner aucune sécurité et, en cas de circulation collatérale suffisante pour prévenir la gangrène du membre, l'hémorrhagie n'aurait pas tardé à réapparaitre. L'auteur se décida alors à tenter l'opération suivante : élargir la plaie, suivre le vaisseau au-dessus et au-dessous du point lésé jusqu'à rencontrer des parois tout à fait saines, extirper la partie malade des vaisseaux, tordre les bouts de l'artère divisée, laver la plaie et la suturer. Le résultat fut excellent : guérison complète dans trois semaines. Le malade est aussi fort qu'avant l'accident. Deux vaisseaux collatéraux battent près du coude, l'un tout près du condyle externe et l'autre dans le voisinage du condyle interne, mais le pouls radial est à peine perceptible.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une ponction de l'artère radiale du poignet, avec hémorrhagie secondaire très abondante. La plaie étant septique, l'auteur pratiqua la même opération que dans le cas précédent : extirpation de la partie

malade de l'artère radiale, longue de 2 pouces 3/4, torsion des bouts de l'artère divisée. Guérison complète avec conservation des usages du bras.

L'auteur recommande ce procédé de traiter l'hémorrhagie secondaire toutes les fois que la plaie est septique et que, par conséquent, les parois de l'artère sont trop faibles pour ne pas être coupées par les fils de ligature appliqués sur elles. La torsion des bouts de l'artère divisée est préférable à leur ligature en ce que, grâce à ce procédé, on ne laisse pas de corps étrangers dans la plaie suppurante.

Gynécologie et Obstétrique.

Traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, par le Dr Demelin. — L'auteur, dans un article paru dans le *Journal des praticiens* conseille dans l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta d'évacuer l'utérus et considère trois cas :

1er *cas. — La femme n'est pas en travail.* — Si l'hémorrhagie est légère, repos horizontal et injections vaginales à 45°. Surveillance active de la femme.

L'hémorrhagie est abondante : Si la femme est robuste et l'état général bon, anesthésie par l'éther, introduction de la main dans le vagin, ouvrir l'œuf en perforant les membranes.

Méthode de Braxton-Hickssi c'est un pied et version podalique. Autrement, *dilatation artificielle rapide* à l'aide du ballon de Champetier de Ribes, puis version podalique et délivrance artificielle.

Hémorrhagie très abondante, femme très anémiée, faire le tamponnement vaginal et attendre que l'état général et l'état local permette de vider l'utérus.

2e *cas. — La femme est en travail, le col incomplètement dilaté.* — Perforation des membranes ou du placenta, manœuvre de Braxton-Hicks ou ballon de Champetier de Ribes

suivant les cas. S'il se présente des difficultés, un mauvais état général, on attendra un moment plus favorable en revenant au tamponnement vaginal.

3e *cas.* — *La femme est en travail, la dilatation est complète.* Pas d'hésitation, ouvrir l'œuf. Faire la version ou appliquer le forceps. Le fœtus extrait on fera immédiatement la délivrance artificielle.

Des injections chaudes intra-utérines, puis immobilité complète dans le décubitus horizontal. La position inclinée de Tredelenburg pendant ou après l'accouchement rendra des services chez les femmes anémiées.

Sur l'efficacité des bains de mer en gynécologie (Bossi, *Gazetta degli ospedali*, 1895, n° 47). — L'auteur a eu l'occasion d'essayer les bains de mer dans 400 cas de diverses affections gynécologiques.

Sur 120 cas de paramétrite chronique et d'inflammation des annexes non traités chirurgicalement, mais soumis au traitement par l'ichthyol, l'iodure de potassium et les bains de mer, il y eut 83 guérisons ; dans les autres cas, il est survenu une amélioration ou les malades se trouvent encore en traitement.

43 guérisons et 61 améliorations sur 104 cas de métrite traités par le glycérolé d'ichthyol, l'iodure de potassium, la teinture d'iode et les bains de mer.

Sur 48 cas de position anormale de l'utérus traités par les toniques, les pessaires appropriés et les bains de mer, on nota 31 guérisons et 17 améliorations très accusées. Il s'agissait exclusivement de cas dans lesquels le pessaire seul n'a produit qu'une amélioration des symptômes, mais nullement la guérison.

90 cas d'endométrite (récidives après curettage) furent soumis au traitement par le chlorure de zinc, la teinture d'iode, le sulfate de cuivre et les bains de mer : la guérison est survenue dans 35 cas, la grossesse ultérieure a eu lieu dans

29 cas et dans 26 cas on a obtenu des résultats excellents et l'état des malades s'est considérablement amélioré.

Amélioration notable dans tous les 38 cas de fibro-myxomes soumis au traitement simultané par l'électrolyse et les bains de mer : dans tous ces cas l'intervention chirurgicale n'était pas de mise.

Les bains de mer ne sont indiqués que contre l'inflammation chronique du tissu cellulaire du bassin et des annexes : au contraire, ils sont formellement contre-indiqués dans les formes aiguës de ces affections. Dans les formes chroniques de l'inflammation du tissu cellulaire du bassin et des annexes l'auteur prescrit les tampons vaginaux (10 0/0 d'ichthyol ou 10 0/0 d'iodure de potassium ou enfin 5 0/0 de teinture d'iode). En même temps, massage léger. On prendra soin de veiller à l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie. Les malades seront envoyées pour quelques mois dans une région montagneuse après qu'elles auront pris de 40 à 60 bains de mer : les bains ne seront permis qu'autant que la température extérieure sera assez élevée ; le séjour dans l'eau sera graduellement augmenté.

Contre les métrites chroniques (infarctus utérin, subinvolution), outre l'emploi des caustiques légers, des antiseptiques, de l'iodure de potassium et des tampons ichthyolés, on aura recours avec succès aux bains de mer et aux scarifications du col utérin répétées tous les 10 jours. Il faut seulement suspendre les bains de mer le lendemain après chaque scarification.

S'agit-il d'endométrite chronique et de déplacement de l'utérus, il est nécessaire d'essayer de relever les forces des malades affaiblies. On prescrira donc, outre les méthodes chirurgicales et mécaniques, les bains de mer; ce traitement combiné se montre très efficace et il arrive assez fréquemment de voir survenir, à la suite de ce mode de traitement combiné, la grossesse chez des femmes restées stériles pendant une longue durée d'années.

En cas de fibromyxomes les bains de mer sont indiqués en tant qu'ils relèvent l'état général des malades, soulagent leurs souffrances et provoquent un arrêt au moins momentané dans la croissance de ces tumeurs. Dans les cas où les opérations ne sont pas indiquées ou refusées par les malades, on associera aux bains de mer les médications directes, telles que l'électrolyse et l'administration de l'ergotine. En tout cas, les résultats favorables obtenus dans cette affection par un traitement non opératoire, sont appelés à modérer un peu le zèle opératoire qui s'est emparé dans ces derniers temps des accoucheurs. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 22, p. 563.)

Médecine générale.

Sur le traitement de la gravelle uratique. (Vaughan Harley, *British medical Journal*, 23 mars 1895). — L'auteur attire l'attention sur ce fait que le traitement de la gravelle uratique diffère du tout au tout suivant que nous nous proposons d'augmenter la solubilité ou de diminuer la quantité d'acide urique formé dans l'organisme. En effet il ne faut jamais perdre de vue que, dans la majorité des cas, les dépôts uratiques sont dus non à la production en excès de l'acide urique, mais bel et bien à sa moindre solubilité.

Avons-nous affaire à des cas de moindre solubilité de l'acide urique formé dans l'organisme, c'est aux substances dissolvant l'acide urique que nous aurons alors recours. L'auteur s'est assuré que la pipérazine est très utile sous ce rapport : n'exerçant aucune influence sur la quantité d'acide urique produit dans l'organisme, elle augmente notablement sa solubilité. On la prescrira toujours associée aux alcalis, soit sous forme d'eaux alcalines ou de bicarbonate combinés avec les iodures. L'urine étant plus acide la nuit et le matin, par conséquent c'est à ces moments que l'acide urique a plus de chances de précipiter; on prescrira donc la pipérazine le soir à prendre avant de se coucher. Le régime n'est pas de grande

importance dans ces cas : tout de même on fera bien de donner la préférence aux aliments salés et végétaux.

S'agit-il, au contraire, des cas avec production excessive de l'acide urique, c'est le régime hydro-carboné qui rendra des services signalés. Aussi prescrira-t-on de manger surtout des amylacés, du sucre et des végétaux, tandis que la viande et les poissons ne seront ingérés qu'en petite quantité. L'opinion invétérée d'après laquelle le sucre augmenterait la quantité d'acide urique formé, ne repose sur aucun fondement : des observations personnelles de l'auteur il résulte que même 250-500 grammes de sucre par jour n'influencent en rien la quantité d'acide urique. En revanche, on proscrira absolument l'alcool comme activant la formation de l'acide urique. La quinine et l'arsenic, diminuant le nombre des leucocytes, font par cela même baisser le taux de l'acide urique : aussi seront-ils employés utilement toutes les fois que l'on a affaire à un cas avec production en excès de l'acide urique. Les exercices musculaires modérés sont utiles, tandis que les exercices violents sont dangereux. Les alcalins ne sont pas complètement dépourvus de toute influence favorable sur ces cas, mais leur emploi, ainsi que celui de la pipérazine, n'est ici que de mince importance : en effet, leur seule action est de rendre plus soluble l'acide urique formé dans l'organisme. (*The Universal medical Journal*, IX, mai 1895, p. 152 et 153.)

Sur l'action thérapeutique et les indications de la phénacétine et de quelques autres préparations aromatiques. (J. J. M. Goss, *The Saint-Louis Courier of Medecine*, XII, N° 3, mars 1895, p. 90 et 91.) — La phénacétine se montre très efficace contre la névralgie du trijumeau qu'elle soulage presque instantanément. Elle combat aussi parfois avec succès les douleurs musculaires si fréquentes après la grippe. Impuissante dans la fièvre intermittente, la phénacétine et les autres préparations de goudron de houille sont très actives dans la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique. Tout de même dans la

fièvre typhoïde la phénacétine est supérieure à l'autifébrine et aux autres préparations de goudron de houille. On la prescrira avec l'élévation de la température et on la suspendra dès que la température s'abaisse. C'est sous ce rapport qu'un grand nombre de médecins pèchent par excès : en effet, continuée pendant trop longtemps la phénacétine (ainsi que cela arrive avec tous les autres sédatifs du cœur), affaiblit par trop l'énergie cardiaque. Il est tout à fait superflu de la prescrire dans les cas où la température ne monte pas à 38°, 38°,9 centigrade. Employée dans la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique avec d'autres antiseptiques appropriés, la phénacétine régularise l'énergie cardiaque, provoque (dans un grand nombre de cas) des sueurs profuses, abaisse la température, soulage la céphalée et améliore l'état général des malades.

Dans l'influenza ou le rhume ordinaire, la phénacétine, donnée plusieurs fois en se couchant à la dose de 0gr,30-0gr,40 dans un peu d'eau, après bain de pieds chaud préalable, produit un effet très favorable : le sommeil est profond et tranquille, le malade se réveille rafraîchi, les sensations morbides diminuent tous les jours et vers le sixième ou le huitième jour le malade est tout à fait guéri.

Dans quelques cas d'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, de petites doses de phénacétine (par exemple, 0gr,10-0gr,30) prises le soir en se couchant amèneront en peu de temps la cessation de cette infirmité si rebelle à tout traitement. Dans la miction trop fréquente par suite de l'hypertrophie prostatique, ou de l'irritabilité vésicale ou enfin de la cystite, la phénacétine peut rendre des services signalés. L'urine est-elle très acide, on prescrira la phénacétine à la dose de 0gr,60-0gr,90 bien dilués dans l'eau, à prendre le soir en se couchant, alternativement avec le carbonate de lithium. Grâce à ce traitement, on réussit à guérir en peu de temps des cystites ou l'irritabilité vésicale ayant persisté pendant des mois.

Dans le diabète sucré la phénacétine donnée à la dose de 0gr,60-0gr,90 répétée deux fois par jour, fait souvent diminuer

la polyurie; en même temps le poids spécifique de l'urine baisse.

La phénacétine est considérée comme la meilleure de toutes les préparations de goudron de houille, mais néammoins il faut prendre garde de ne pas trop en abuser. Elle contient une grande proportion d'acide phénique, ce qui explique son efficacité sur toutes les affections causées par les fermentations anormales de l'estomac et des intestins; c'est aussi la raison de son action prompte dans les cystites, le diabète sucré et toutes les autres affections causées par les fermentations acides. De plus, elle agit aussi directement sur les muqueuses en général.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Caféine dans les affections des voies respiratoires. (E. Markham Skerritt, *Practitioner*, 1895.) — La caféine est surtout connue comme stimulant du système nerveux, comme diurétique et toni-cardiaque. Quant à l'influence exercée par elle en cas d'affections des bronches et du poumon, elle est, d'une part, directe grâce au relâchement du spasme des muscles des voies respiratoires, et, d'autre part, indirecte grâce à la stimulation de l'énergie du cœur qui est obligé d'accomplir un travail supplémentaire toutes les fois qu'il y a obstruction dans la circulation pulmonaire.

C'est sur l'action antispasmodique de la caféine dans les affections des voies respiratoires que l'auteur attire l'attention : dans un grand nombre de cas, lui et ses amis ont obtenu des succès là où ils avaient auparavant échoué avec tous les médicaments usités ordinairement dans le traitement de ces affections.

C'est l'asthme spasmodique où la caféine est surtout indiquée. Il va sans dire que, avec la caféine, comme avec les autres médicaments prescrits contre l'asthme, il est tout à fait

impossible d'indiquer nettement tous les cas où cette drogue donnera des résultats favorables : mais, en règle générale, elle semble agir plus efficacement chez les adultes que chez les enfants.

L'auteur se sert ordinairement du citrate de caféine, à la dose moyenne, pour les adultes, de 0gr 30, à prendre en cachet ou en solution aqueuse. L'attaque d'asthme bronchique a-t-elle déjà éclaté, on prescrira la caféine à la dose de 0gr 30, répétée toutes les quatre heures jusqu'à cessation de l'accès; après quoi on l'administrera encore pendant quelque temps à des intervalles plus espacés, pour prévenir la récidive. Les accès surviennent-ils le matin, à des périodes assez régulières, il suffit parfois, pour prévenir ces accès, de prescrire le soir, en se couchant, à prendre 0gr,30 à 0gr,60 de citrate de caféine.

L'action antispasmodique de la caféine n'est pas limitée seulement à l'asthme bronchique, mais elle se manifeste aussi dans toutes les autres affections bronchiques où le spasme des muscles de Reisseissen joue un certain rôle. C'est ainsi, par exemple, que dans la bronchite aiguë les râles sont dus, d'une part, à la difficulté que rencontre le passage de l'air à travers les bronches contracturées spasmodiquement et, d'autre part, à la tuméfaction inflammatoire de la muqueuse. Aussi l'administration de la caféine relâchant les muscles contracturés spasmodiquement, soulagera la dyspnée en tant qu'elle dépendait de l'élément spasme, mais n'interférera en rien avec les signes physiques et les symptômes morbides causés par la tuméfaction de la muqueuse et l'accumulation dans les bronches des substances sécrétées anormalement. De même aussi il n'est pas rare de rencontrer l'élément spasme dans la bronchite chronique et l'emphysème : c'est sur la constatation de ce fait qu'est basée l'indication de la caféine dans ces affections et l'action favorable exercée par elle; par suite de la cessation du spasme des muscles bronchiques, l'air passe avec moins de gêne, la dyspnée est atténuée et les malades

se trouvent considérablement soulagés grâce à ce médicament.

Quant à son action indirecte sur les voies respiratoires par l'intermédiaire du cœur, elle est, sous ce rapport, analogue à la digitale, quoique son action régulatrice sur le cœur affolé soit moins énergique et moins sûre. Toutefois, grâce à son influence stimulante sur les centres cardiaques et la moelle allongée, elle peut rendre des services signalés dans les affections aiguës du poumon où il est à craindre la faiblesse du cœur, ainsi que, parexemple, dans la pneumonie et la bronchite capillaire. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans la pneumonie, mais on peut aussi s'en servir avec succès dans les états atélectasiques et hypostatiques des poumons. Il va sans dire que, grâce à son action combinée comme antispasmodique et tonicardiaque, elle est doublement indiquée dans certaines affections des voies respiratoires; son utilité est encore renforcée par son action stimulante sur le système nerveux central, le cerveau aussi bien que la bulbe et la moelle épinière.

Quelques auteurs ont observé des phénomènes secondaires fâcheux après l'administration des doses élevées et même modérées de caféine. C'est ainsi que, après avoir prescrit la caféine à la dose de 0gr,40, Lehmann a vu survenir l'accélération du pouls, de la pollakyurie très prononcée et l'excitation de l'activité mentale passant ensuite en confusion mentale, provoquant des troubles de la vision et se terminant par un sommeil profond. Deux heures après avoir absorbé 0gr,12 de caféine, Pratt a ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété, des tremblements, et il lui était impossible de rester en place : le tout était accompagné d'insomnie opiniâtre, avec activité psychique normale, et de pollakyurie. Chez un homme ayant pris, par mégarde, 4gr de citrate de caféine en une seule fois, Routh a noté les phénomènes secondaires fâcheux que voici : sensation de brûlure à la gorge, vertige, nausée, faiblesse, engourdissement, tremblements, polyurie, affaiblissement considérable

de l'énergie cardiaque, refroidissement des extrémités et collapsus; pas de troubles du côté de l'activité psychique. Le malade a complètement guéri.

L'auteur n'a personnellement observé aucun phénomène secondaire fâcheux consécutif à l'administration du citrate de caféine, à part la sensation de faiblesse qui survient parfois d'une manière accidentelle : mais les malades décrivent cet état comme assez agréable, ils possèdent toutes leurs facultés psychiques et ne ressentent aucun malaise. En règle générale, les malades s'endorment bien, après avoir pris des doses de 0gr,30 à 0gr,60 de citrate de caféine. Rien de fâcheux non plus n'est survenu chez les sujets qui, parfois pendant des années entières, ont absorbé des doses élevées de caféine. (*New-York medical Abstract*, v. XV, N° 5, mai 1895, p. 157-159.)

Goutte et rhumatisme.

Le salophène dans le rhumatisme articulaire, la goutte saturnine et la chorée. (Communication du docteur Marie à la Société médicale des Hôpitaux, séance du 31 mai 1895.) — Le Dr Marie a essayé le salophène (composé d'acide salicylique et de pharamido-phénol d'origine allemande) chez un homme atteint de rhumatisme articulaire aigu, qui ne pouvait supporter le salicylate de soude.

Ce malade, atteint d'insuffisance aortique, anémie et d'angor pectoris prévient M. Marie que le salicylate provoquait chez lui des accès d'angine de poitrine très violents. M. Marie eut alors recours au salophène et en trois jours le malade ne souffrait plus de ses douleurs ni de ses lésions angineuses et était guéri de son rhumatisme.

Même résultat thérapeutique chez deux autres malades atteints de rhumatisme articulaire subaigu.

M. Marie a administré le salophène chez un homme atteint pour la seconde fois de goutte saturnine; le salicylate n'avait

rien fait dans la première crise, le salophène amena une guérison rapide.

Une jeune fille de 16 ans atteinte de chorée de sydenham franche très agitée, fut guérie en sept jours avec le salophène.

Ce médicament a été bien supporté par tous les malades, il est sans effet sur la muqueuse des voies urinaires; il contient 51 0/0 d'acide salicylique; mais sa décomposition ne s'opère que dans l'intestin, en présence d'un milieu alcalin, et non dans l'estomac dont la muqueuse n'est pas attaquée par lui.

Il est insoluble dans l'eau, insipide; on peut donc le donner en suspension dans ce liquide aux doses de 4 à 6 grammes par jour, fractionnées en prises de 0gr,50 à 0gr,75.

Son action très manifeste dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu en fait un succédané précieux du salicylate de soude.

Administration de salicylate de soude dans le Rhumatisme articulaire aigu, Dr Desplats de Lille. (*Journal des praticiens, juin 1895.*) — On discute sur l'opportunité des doses massives ou bien des doses fractionnées de ce remède contre cette forme de rhumatisme. On discute aussi sur son mode de véhiculation pharmaceutique.

Cliniquement, ces débats sont clos pour M. le Dr Desplats (de Lille), qui a fait connaitre les résultats de sa pratique.

Voici la *technique de cette médication :*

1° Dose massive : elles sont supérieures aux doses fractionnées. On les prescrit en cachets ou dans un sirop, et jamais, selon un usage trop répandu, sa dilution dans une copieuse potion;

2° Moment de son administration : Le moment de son administration est le soir, on atténue ainsi beaucoup mieux les troubles importuns de la médication salicylée : bourdonnement d'oreilles, sueurs.

La dose est donc répétée toutes les vingt-quatre heures. On

la fait ingérer en une fois ou bien en deux fois à une heure d'intervalle. C'est un mode d'administration différent de celui qui consiste à prescrire par petites prises des doses croissantes de 8 à 12 grammes par jour jusqu'à obtention d'effets favorables. M. Desplats en a pu, avec les petites doses massives, de 4 à 6 et rarement 8 grammes, produire ces effets. D'où économie sur la quantité du remède; simplicité du procédé et rapidité aussi grande des résultats réalisés.

L'élimination des salicylates alcalins par les urines est rapide. Une demi-heure après son ingestion, on en trouve la réaction dans l'urine, et ces mêmes réactions disparaissent tous les deux jours qui suivent la cessation du médicament.

Voilà des faits physiologiques qui s'accordent avec cette idée que l'effet thérapeutique du salicylate se produit seulement quand il existe dans le sang une dose suffisante de ce remède. Il faut donc, pour agir promptement, élever la dose assez haut, pour compenser l'élimination du remède qui est constante et amener momentanément dans le sang l'accumulation en rapport avec le résultat thérapeutique cherché.

La dose massive est donc préférable aux doses fractionnées. On doit en favoriser la rapide absorption — autre point technique — en faisant ingérer sans retard, après l'ingestion de chaque dose, une tasse de boisson suffisamment abondante.

Maladies des enfants.

Traitement des vulvites et des vulvo-vaginites infantiles. (*In Journal de clinique et de thérap. infantiles*, mai 1895.) — *Prophylaxie.* — Éloigner les enfants des femmes atteintes d'écoulements vaginaux. Éviter les bains en commun. Interdire l'accès de l'école à l'enfant atteinte de vulvite aiguë. Passer à l'étuve ou à l'eau bouillante tous les objets contaminés.

Traitement général. A instituer quand la vulvite est liée au lymphatisme ou à l'anémie.

Traitement local. Comby. Lotions trois fois par jour avec une décoction de feuilles de noyer suivies de pulvérisation de salol entre les lèvres. Appliquer ensuite un tampon d'ouate hydrophile maintenue par un bandage.

En même temps, trois bains sulfureux par semaine.

Brocq. Faire au moins trois fois par jour un lavage soigné des parties malades, avec de l'ouate hydrophile salicylée, trempée dans une solution antiseptique (sublimé au 1/1000e : acide phénique au 1/100e; acide borique au 1/10e; chlorate de potasse au 1/100e), puis saupoudrer avec :

Salol finement pulvérisé................	} ââ p. e.
Iodoforme	}

Mêlez.

Pour les lotions, on pourra avoir recours à l'une des formules suivantes :

Alun...........................	30 grammes.
Eau............................	1000 grammes.

Mêlez.

Sulfate de zinc.................	5 grammes.
Eau............................	1000 grammes.

Mêlez.

Perchlorure de fer.............	5 grammes.
Eau............................	1000 grammes.

Mêlez.

Iode............................	5 grammes.
Tannin..........................	45 —
Eau............................	1000 —

S'il existe de la vaginite en même temps, outre les injections avec la solution suivante :

Permanganate de potasse.......	1 gramme.
Eau distillée..................	1000 grammes.

faites dans le vagin, par l'orifice de l'hymen, appliquer des suppositoires :

Iodoforme..................	2 à	4 grammes.
Beurre de cacao...............		q. s.

F. S. A. Une bougie longue de 0,05 à 0,08 et de 1 centimètre d'épaisseur.

REVUE DES LIVRES

Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de M. Albert Robin, de l'Académie de médecine. (Fascicule premier, 1 volume in-8° de 320 pages. Rueff et Cie, éditeurs. Prix : 6 francs.)

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la préface écrite par M. Albert Robin, pour donner une idée du nouvel ouvrage :

« La thérapeutique subit, à l'heure actuelle, une transformation complète. La bactériologie et la chimie pathologique ont bouleversé les vieux cadres dans lesquels on était habitué à se mouvoir, et sont en train d'édifier, à côté de leurs débris, toute une science nouvelle dont l'avenir est illimité, mais dont l'étendue présente ne répond pas à tous les besoins de la pratique médicale.

« Si nombreuses que soient les découvertes, si précises que soient les investigations, l'évolution de cette science nouvelle marche avec une relative lenteur et les résultats définitifs se laissent encore compter. Pour chaque pas en avant, que de médicaments et de médications apparaissent sur la scène, brillant d'un éclat passager, puis s'enlizent dans l'oubli !

« Au moins la voie à suivre est-elle maintenant éclairée d'un grand jet de lumière. Le terrain est déblayé; on voit et on sait où l'on va. La thérapeutique des symptômes a fait son temps; l'expectation armée n'est plus qu'une formule; l'empirisme nous réserve peut-être encore des surprises, mais la pathogénie et l'étiologie demeurent les seules bases solides sur lesquelles on puisse fonder les indications du traitement dans les maladies, comme la physiologie et l'expérimentation sont les guides les plus sûrs pour connaître les actions des agents médicamenteux.

« Cette révolution n'est qu'à son aurore. Aujourd'hui, nous traversons un tournant de la thérapeutique où la route que doit suivre le

praticien est semée d'incertitudes, puisque la science de demain se prépare et que les doctrines d'hier sont ébranlées ou s'écroulent.

« Aussi les auteurs de ce Traité ont-ils pensé qu'il y avait intérêt à faire un ouvrage essentiellement pratique, où l'expérience du passé fût associée aux acquisitions qui ouvrent sur demain de si larges horizons. En un mot, nous avons tenté de fixer l'état présent de la thérapeutique courante.

« Pour cela, il y avait deux méthodes à suivre :

« Ou bien il fallait rédiger un volumineux compendium, souligné d'innombrables indications bibliographiques, où chaque traitement proposé eût été exposé, discuté, avec ses résultats statistiques, ses avantages et ses inconvénients : c'eût été faire là une œuvre d'érudition et de critique qui nous aurait entraînés bien loin de notre but, et se fut adressée aux savants bien plus qu'aux praticiens.

« Ce que ceux-ci demandent quand ils sont en présence d'un malade, ce ne sont ni des variations brillantes sur telle médication, ni des exposés théoriques, ni des aperçus tendancieux : c'est tout simplement une exposition claire du mode de traitement qui paraît donner les résultats les plus satisfaisants; en un mot, c'est une ligne de conduite.

« La meilleure manière d'atteindre ce but, c'était de provoquer de véritables consultations de la part de médecins ayant sur le sujet une compétence particulière, en les priant de donner, non pas une fastidieuse énumération des diverses médications en usage, mais bien un avis personnel résultant de leur expérience clinique. C'est dire que la place faite à la bibliographie sera aussi restreinte que possible, que nous ne ferons de la théorie que d'une façon accessoire, et que, si nous avons comme but la thérapeutique pathogénique et étiologique, nous ne la mettrons en œuvre que dans les limites où elle a conquis droit à l'application pratique.

« Nous avons voulu nous placer en dehors de toutes les doctrines et de toutes les écoles, ce qui nuira peut-être à l'unité du Traité de thérapeutipue appliquée. Mais une unité fondée sur des considérations doctrinales est tout aussi virtuelle que celles-ci; elle suit leurs oscillations et doit sombrer comme sombrent toutes les doctrines. Et ce que l'ouvrage perdra du côté de cette décevante unité, il le gagnera du côté de la précision, puisque chaque auteur exposera ce qu'il a vu, fait et obtenu, au lieu de se livrer à des considérations théoriques où la portée du fait s'efface devant l'éclat de la doctrine à la mode. »

Le *traité de thérapeutique appliquée* sera complet en 14 fasci-

cules. Le premier fascicule contient le traitement des maladies de la nutrition par MM. Arnozan, Brousse, Josias, Lancereaux, Martin, Mathieu, Renou, A. Robin et M. Springer.

Œuvres de Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, vice-président de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, publiées par le Dr Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Tome Ier, 1 fort volume in-8°, 20 francs. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

L'œuvre de Léon Le Fort est considérable ; son activité s'est exercée dans les sphères les plus diverses, et il appartenait à sa famille de réunir la plupart de ses écrits et d'en publier l'ensemble ; M. le Dr Lejars, son élève et son gendre, s'est chargé de payer à sa mémoire cette dette sacrée.

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprennent trois volumes. Le premier est consacré à *l'Hygiène hospitalière*, à *la Démographie* et à *l'Hygiène publique;* il débute par l'Éloge de Le Fort, prononcé à la Société de Chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général d'hygiène hospitalière (doctrine contagionniste), inscrit en tête de la première partie, sont reproduits les travaux de Le Fort sur des questions qui toute sa vie l'ont préoccupé. Le groupement chronologique permet de suivre l'évolution progressive de sa pensée et l'enchaînement de ses efforts. C'est d'abord sa *Note sur quelques points de l'Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, à la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais; son livre des *Maternités,* paru en 1866, véritable monument, où l'on trouve émise et démontrée pour la première fois la doctrine contagionniste, qui lui appartient; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur le *Pansement simple par balnéation continue*, sur le *Germe Ferment* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, enfin l'introduction à la 9e édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la démographie et à l'hygiène publique. Dès 1867, Léon Le Fort signalait le lent accroissement de la population française et le déficit relatif de la natalité, dans deux mémoires longuement documentés, et publiés, l'un par la *Revue des Deux-Mondes,* l'autre par la *Gazette hebdomadaire*. En 1870, il ré-

pétait le même cri d'alarme, en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales : la mortalité des nouveau-nés. Vingt ans plus tard, la question de la *dépopulation* venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. L'abondance et la précision des documents et des statistiques ne nuisent en rien au charme de ses discours. Il en est de même de ses autres discours académiques, sur la *Prostitution*, sur la *Vaccination obligatoire* et *l'Isolement des varioleux*, etc.

Des traits nombreux relient les matières de ce premier volume et lui assurent une réelle homogénéité. — Le second sera réservé aux travaux de Le Fort sur la *Chirurgie militaire* et *l'Enseignement*; le troisième à ses travaux de *Chirurgie proprement dite*. — Cet ouvrage deviendra ainsi « l'histoire complète de la vie intellectuelle de Léon Le Fort, l'expression intégrale de son activité; de cet ensemble, sa grande figure apparaîtra mieux, avec tous ses traits ».

Manuel de sérothérapie antidiphtérique, par le Dr M. Funck, chef des travaux d'hydrothérapie à l'Institut sérothérapique de Bruxelles, avec préface du professeur Destrée. (1 volume in-16 de 160 pages. Georges Carré, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Ce petit volume est un livre d'opportunité réelle et vient juste à son heure. Le lecteur y trouvera une étude rapide et très documentée de la sérothérapie, dans l'introduction. La première partie de l'ouvrage traite de la préparation du sérum et de son examen d'essai. Une deuxième partie est consacrée aux effets des injections de sérum chez les animaux; enfin, dans une troisième et dernière partie, l'auteur donne le mode d'emploi du sérum en thérapeutique. Le dernier chapitre fournit les résultats généraux des traitements pratiqués dans la première campagne entreprise depuis un an.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 161.8.95.



THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

§ I

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'anatomie des Annamites est plus que rudimentaire; l'on peut, sur le grossier schéma représenté exactement figure 1, se rendre compte de leurs notions plus que vagues des formes et des rapports.

L'esprit spéculatif et philosophique qui imprègne toutes les sciences se retrouve ici. Les idées ne se modifient pas devant le fait brutal, c'est le fait brutal qui doit plier devant la toute-puissance de l'idée *à priori* imprescriptible et absolue.

Les viscères les plus importants sont connus, mais sans idée de contrôle, sans aucune tendance à les étudier dans leurs détails, sans inquiétude de leur structure ou de leur rôle vrai. Ce n'est pas dans l'innombrable série de leurs médecins que l'on trouvera un Aristote hanté du besoin de savoir, disséquant des singes et s'ingéniant à en tirer des données précises sur l'anatomie de l'homme.

Le foie, ce volumineux organe, frappe surtout l'imagination et les yeux des Annamites. Ce viscère produit sur eux le même effet d'obsession que sur toutes les antiquités scientifiques. Ils lui donnent une importance prépondérante sur la physiologie et la pathologie. Le foie est le centre vital lui-même, le siège des vertus, un cerveau physique et

moral. Cette idée se retrouve en dehors même de la médecine, dans certaines coutumes locales. Les Annamites mangent le foie des ennemis tués, pour acquérir les vertus et les qualités du mort, comme d'autres peuples mangent le cœur dans un but analogue.

Ces actes de sauvagerie sont même bien plus fréquents

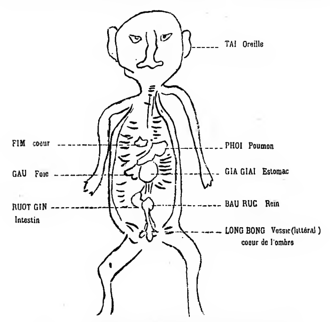


Fig. 1. — Anatomie des viscères d'après les Annamites.

qu'on ne le penserait *à priori* chez un peuple à moyenne intellectuelle élevée.

Les Annamites décrivent avec complaisance six intestins qui sont : l'iliaque, l'estomac, le fiel, l'aine, la vessie et le nombril. Étrange assemblage dont la raison leur est aussi impénétrable qu'à nous.

Le corps humain contient 360 os, pas un de plus ni de moins ; c'est un chiffre non contrôlé légué par la tradition.

A l'encontre de cette description sommaire d'organes importants, certains autres sont victimes d'une complication anatomique qui doit bien les surprendre.

Le pavillon de l'oreille, par exemple. Les Annamites voient dans le tragus et les ourlets de l'oreille des organes différents. Ils y découvrent, avec une figure dont je re-

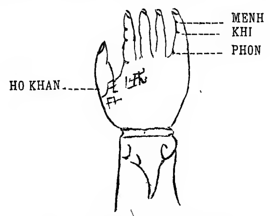


Fig. 2. — La main d'après les Annamites.

grette la perte, un cœur, un foie et un estomac; le tragus est le foie.

L'explication de cette complexité, la voici dans toute sa métaphysique enfantine.

Quand on apprend une triste nouvelle, l'on devient jaune, le foie est malade (ictère émotif), et le foie est malade par sympathie pour ce foie de l'oreille, qui a été péniblement impressionné.

Le cœur antitragus trouve une excuse semblable à son existence peu attendue.

La main est aussi figurée avec un certain luxe de détails. L'éminence Thénar, les plis de flexion des doigts portent des noms spéciaux. Nous retrouverons à l'étude du pouls l'utilité de ces plis.

Le pouls joue un grand rôle dans la médecine annamite, puisqu'il est le principal élément de diagnostic. Les notions sur son mécanisme sont cependant bien vagues.

Pour les Annamites comme pour notre antiquité, les artères contiennent de l'air, les veines seules renferment du sang. Le sang part de derrière le cou, puis il descend dans l'abdomen. Cette circulation, où le cœur ne joue aucun rôle (voir fig. 3), est indépendante de celle des membres.

Le sang de l'abdomen est différent de l'autre sang, il jouit d'un circuit fermé et de propriétés aussi fermées et particulières.

C'est un sang noble, échauffé par le foie il a les vertus de la liqueur séminale qu'il forme. La qualité, la température de ce sang privilégié auront une influence considérable sur les générations futures. Malheur à celui dont le sang est froid; si c'est une femme, elle sera stérile, à moins que la cannelle et une série amomacée ne lui redonnent un ton suffisant.

Si c'est un homme qui est frappé de ce grand malheur, il doit lui aussi renoncer aux joies de la paternité ou se soumettre à un traitement analogue.

Le cœur, lui, est le siège de la sagesse comme le foie. Le cœur varie avec les sexes et même avec les individus.

Pour les Chinois et les Annamites, le sage a sept orifices au cœur. « Les sept orifices du cœur du sage sont probablement, dit Réville dans son *Etude sur la religion chinoise*, une de ces énumérations le plus souvent arbitraires qui plaisent aux Chinois ; peut-être en rapport avec le chiffre classique des psychologues, les sept émotions ? »

Le contrôle ici a été tenté par un empereur cruel qui, sur les instigations de sa concubine, fait tuer un sage conseiller, sous prétexte de voir si le nombre des orifices de son cœur concordait avec les affirmations classiques. Cette vivisection peu scientifique n'a pas fait progresser la question.

Le nombre sept n'est pas le privilège du cœur exclusivement : la mamelle, source de la vie, est dotée de sept conduits. Tout médecin consciencieux doit s'assurer, après l'accouchement, que ces conduits fonctionnent tous. L'enfant qui sucerait un lait sortant par six orifices seulement serait condamné aux pires malheurs.

La terre des nids de termites est heureusement là pour obvier à cet inconvénient, car elle jouit de la propriété de faire rentrer dans l'ordre les canaux récalcitrants.

Les diverses parties du corps humain sont réunies entre elles par des affinités mystérieuses, des rapports étroits.

Le deuxième orteil, par exemple, est en rapport avec la tête. Dans le cas de bosse sanguine de la tête on place sous le deuxième orteil un emplâtre préparé avec des boulettes de lavande. Cette médication fait une révulsion, car le sang et l'air de la tête communiquent avec l'air et le sang de cette région éloignée.

Dans notre ancienne médecine existaient des sympathies analogues.

Ce qu'il faut retenir de ce rapide aperçu, c'est que l'anatomie et la physiologie expérimentales sont inconnues.

La science du corps humain est une dépendance, une vassale de la philosophie générale qui dirige toutes les autres branches des connaissances politiques et sociales.

Elle fait partie d'un tout dichotomique dont la métaphysique séculaire est le tronc nourricier. L'anatomie n'est pas une science spéciale, elle est partie du grand bloc qui est l'héritage respecté des siècles passés.

Arriérée, enfantine, l'anatomie annamite est condamnée à ne jamais progresser, car il serait sacrilège de modifier quoi que ce soit des affirmations léguées par le passé. Les sept orifices du cœur sont un article de foi, et les tendances du monde instruit sont assez conservatrices pour que jamais un Copernic jaune n'ose mettre en doute ce nombre respecté.

Les conciles se sont émus de l'audace de celui qui osait



Fig. 3. — Circulation abdominale, d'après les Annamites.

dire que la terre tourne ; tout l'édifice vermoulu, qui est la science annamite, semblerait sapé par un sacrilège abominable qui donnerait au corps 361 os au lieu de 360.

L'étude de la médecine annamite est aussi pleine d'intérêt que celle de la religion ou des industries. Autant que ces dernières elle permet de remonter à la source même de

l'esprit de ce peuple étrange, d'en pénétrer les tendances, de saisir le pourquoi de cet éternel moyen âge où s'est arrêté l'Extrême-Orient après y être arrivé si vite.

Nous étudierons maintenant la chirurgie ; comme il est facile de le penser, cette branche des connaissances est rudimentaire; basée sur le fait précis elle est contraire aux tendances mêmes du cerveau annamite.

§ II

CHIRURGIE

Tandis que de bonne heure les Égyptiens opèrent et interviennent et, d'après les recherches récentes sur des momies, avec souvent une grande audace; tandis que les Arabes pratiquent des opérations délicates comme la taille, l'Annamite demeure dans le domaine restreint de la thérapeutique timide.

L'intervention radicale, l'amputation, par exemple, est lettre morte, l'idée n'en vient même pas à l'esprit.

Tout au plus, en dehors de la médecine officielle, quelques rebouteurs font-ils la réduction brutale des luxations.

La pratique de ces charlatans, violente et contraire aux plus simple bon sens, donne les plus déplorables résultats.

Le nombre des opérations de petite chirurgie est aussi très limité.

Nous trouvons cependant les pointes de feu, fort employées.

Les pointes de feu sont faites au moyen de mèches de moelle de jonc trempées dans l'huile, ces mèches sont allumées et éteintes sur la région à révulser. L'opération laisse une petite brûlure ronde et régulière de la peau, on multiplie à volonté ces cautérisations. Les pointes de feu sont indiquées dans le goître, la tumeur est régulièrement

cernée et ponctuée, dans les bronchites, dans la migraine, etc.

L'usage en est courant, et l'on voit dans les rues des villages indigènes de nombreux porteurs de ces cautérisations.

La ventouse est fort en honneur. La ventouse sèche est seule employée, l'opération présente une technique spéciale. La ventouse se fait sans appareil. Les nègres du Dahomey font des ventouses, avec une corne d'antilope percée d'un trou à son sommet : l'appel du sang est pratiqué par succion ; ici rien de semblable.

La peau saine est saisie, pincée en un pli entre l'index et le médius fléchis et mouillés. Ce pli est alors malaxé et tiré jusqu'à ce qu'une ecchymose circonscrite, indique la réussite de l'opération. Cette méthode est douloureuse et longue, mais les résultats sont réels et bien accusés. Ces ventouses sont multipliées dans les contusions, dans les inflammations du poumon ; les indications sont les mêmes que chez nous.

Cette pratique est très populaire, il est très fréquent de rencontrer, le long des routes, des porteurs indigènes se faisant ainsi ventouser par un camarade habile.

A côté de la ventouse, il faut placer le massage. Le massage est plutôt usité comme moyen hygiénique, que dans un but thérapeutique.

Les mandarins, les indigènes fortunés se font masser après une journée de fatigue et de marche, pour reposer leurs muscles endoloris.

Le massage annamite est surtout un pétrissage, il se fait par pincement, tout le long d'un muscle d'une extrémité à l'autre, sans direction déterminée en rapport avec le sens de la circulation veineuse.

Le massage doux, régulier de l'extrémité à la racine d'un membre n'est presque jamais usité.

Je ne sache pas que le massage soit appliqué au traitement des fractures.

Nous devons encore citer la respiration artificielle qui peut rentrer dans le cadre des pratiques chirurgicales.

La respiration artificielle se pratique chez les noyés et les pendus, de la manière suivante :

Le patient est couché sur le dos, par terre, l'opérateur s'asseoit en face de lui, place ses deux pieds nus dans l'aisselle, et prenant les deux mains du noyé dans les siennes, fait des poussées, et des tractions alternatives.

Il reproduit par cet étrange moyen les mouvements d'élévation et d'abaissement de la cage thoracique.

On accompagne cette pratique d'insufflations d'air dans la bouche et l'anus par un bambou.

Là s'arrêtent les pratiques actives; le couteau est totalement inconnu, même pour l'ouverture de l'abcès le plus superficiel.

Les onguents, les potions destinés à combattre les affections chirurgicales, sont au contraire multitude.

Les affections externes sont l'objet d'une classification, d'une différenciation extraordinaire.

Prenons par exemple les morsures. Les Annamites distinguent avec soin l'animal qui a causé l'accident, et le traitement varie entièrement selon cette origine. La morsure de cheval n'est pas soignée comme celle du tigre, celle-ci l'est d'une manière différente de celle d'un chien.

Les jaunes ont un mode de suicide qui consiste à se couper la langue ; selon qu'ils la tranchent avec un couteau ou avec les dents le traitement est différent.

Les pansements peuvent se ranger en catégories bien distinctes.

Les uns rappellent tout à fait les vieux pansements de toute l'antiquité aryenne, ceux que nous retrouvons au moyen âge, les pansements que les chirurgiens du premier

empire utilisaient avec succès, et que nous avons repris scientifiquement après l'ère des cataplasmes, ceux que nous appelons antiseptiques.

Toute l'antiquité est antiseptique d'instinct. Les baumes, les résines, les essences et les aromates sont la base des merveilleux pansements que les belles châtelaines posent de leurs blanches mains sur les blessures béantes des chevaliers meurtris et déconfits de l'héroïque moyen âge.

Les Mires tenaient eux-mêmes ces préparations complexes d'antiquités plus reculées; de l'Egypte à travers les Grecs et les Arabes.

Le pansement exclusif et antiseptique, nous le retrouvons sous la forme suivante :

Résine de sapin, cendres des baguettes de sacrifice, qui sont des essences aromatiques comme le santal, alun et camphre, le tout mélangé.

En parlant de la syphilis nous verrons l'emploi des emplâtres aux sels de mercure, l'onguent mercuriel, et le vigo.

De nombreuses résines, des bois aromatiques, le camphre, le musc, font partie de cette pharmacopée chirurgicale.

Mais hélas, à côté de ce traitement rationnel des plaies, que de non-sens, que d'aberrations.

Les matières fécales desséchées sont aussi utilisées que les résines, et avec la même confiance. Un pansement très réputé est fait avec les déjections séchées de l'homme, du chien et du cochon. Quand on peut y joindre celles du tigre, c'est la perfection.

Le noir de fumée et la chaux éteinte servent, avec l'eau fraîche des puits, à arrêter les hémorrhagies. Souvent on remplace ces produits par la bourre d'une fougère, qui joue le rôle de notre agaric amadouvier.

Les cautérisations sont parfois usitées dans certaines plaies.

Dans les morsures de chien enragé, on met sur la plaie des feuilles sèches de teck, que l'on brûle, cautérisant ainsi profondément les tissus.

L'urine, qui jouit chez nous dans le peuple d'une grande réputation comme topique des plaies et qui entre dans la composition de divers onguents et pommades de bonnes femmes, est aussi utilisée par les Annamites pour le lavage de certaines plaies.

A côté de ces topiques locaux, la médecine a, pour chaque traumatisme, une tisane, une potion spéciale. Dans le cas de morsure par les chiens enragés, on prescrit des pilules avec : cinabre, musc, kaolin et une poudre voisine de la cantharide. Ces pilules doivent faire éliminer par les urines, le poison introduit par la plaie.

Cette tendance à user des diurétiques se retrouve chaque fois qu'il s'agit de plaies contuses, et le médicament usité est l'urine.

L'urine jouit, dans la thérapeutique annamite, de la réputation de chasser le mauvais sang, de dissiper les humeurs. L'urine est prescrite aux écrasés, aux contus, comme aussi aux femmes après les couches. L'urine d'enfant est la meilleure à cause de l'absence de rapports sexuels, celle de petite fille est préférable à celle des garçons. La quantité d'urine absorbée est parfois d'un demi-litre par jour.

Cette action de l'urine n'est peut-être pas purement imaginaire : tout dernièrement un médecin russe ne communiquait-il pas aux sociétés savantes le résultat de ses recherches sur l'action diurétique de l'urine de vache.

D'autres potions que l'on donne aux blessés épuisés par des hémorrhagies, rappellent nos potions cordiales. Ce sont des potions où entrent le gingembre, l'anis, la cannelle dans l'alcool de riz.

Citons enfin une autre médication qui s'adresse aux frac-

tures. Les fractures ne sont l'objet d'aucune manœuvre de redressement, le seul traitement est une tisane, faite d'os de morts râpés dans du thé. C'est là un curieux exemple de la médecine des signatures, nous le retrouverons ailleurs.

C'est avec la chirurgie qu'il convient d'étudier le traitement des maladies des yeux.

Les topiques employés se rapprochent des nôtres.

La conjonctivite purulente, par exemple, est traitée par une poudre qui comprend fleurs de camomille, sulfate de cuivre, camphre, et le corps d'un méloé pulvérisé finement, souvent on y joint du musc.

Le sulfate de cuivre et les antiseptiques nous transportent chez nous ; quant au méloé, qui possède en partie les propriétés de la cantharide, peut-être a-t-il une action comparable au jéquirity.

Dans toutes les affections oculaires le seul pinceau usité est la langue.

Cet étrange porte-topique est également parfois usité dans notre médecine populaire, en Bretagne par exemple, où la langue servirait à l'extraction de corps étrangers.

Cette étrange méthode est certainement moins dangereuse en Annam qu'en France car, grâce au bétel, et au laquage des dents, la bouche des indigènes est infiniment moins riche que celle des Européens, en colonies microbiennes. Il convient, en terminant ce qui a trait à la petite chirurgie, d'ajouter l'acupuncture qui est indiquée dans les œdèmes; de curieuses lois règlementent cette intervention; nous y reviendrons dans une étude spéciale « La médecine et les lois ».

(A suivre.)

Un traitement chinois de la diphtérie.

Par le Dr J. Matignon,

Médecin aide-major de l'armée,
Attaché à la Légation de la République Française en Chine.

Au moment où le traitement du croup est entré dans une phase nouvelle, grâce au sérum de Roux, il pourra être intéressant de connaître la manière dont les médecins du céleste Empire soignent cette maladie.

La diphtérie est endémique à Péking et de temps à autre elle y fait de terribles ravages. En général, dès que l'enfant commence à souffrir de la gorge, les parents pratiquent eux-mêmes la révulsion, *loco dolenti*, à la mode chinoise, non par l'application de substances irritantes ou vésicantes mises sur la peau du cou, mais en prenant cette dernière entre le pouce et l'index, la pressant et la tordant avec énergie pour provoquer la formation d'ecchymoses. C'est un moyen auquel ont toujours recours les Chinois dès qu'ils souffrent un tant soit peu de la gorge. Et il ne se passe guère de jours, que je ne voie venir, au dispensaire de l'hôpital Saint-Vincent, des individus, portant sur la région cervicale antérieure des taches ecchymotiques plus ou moins étendues, qui pourraient, au premier abord, faire supposer qu'ils ont été victimes de tentatives de strangulation.

Le traitement de la diphtérie par la méthode chinoise a été longuement étudié par un médecin hollandais, le Dr Vorderman, inspecteur du service médical de Java et Maduré. Sa parfaite connaissance du chinois lui a permis de transformer les formules chinoises en formules latines et de mettre les équivalences de poids en grammes.

Ce traitement comprend trois parties :

1° Insufflation de poudres dans la gorge ;

2° Traitement interne pendant l'évolution du mal, puis quand la maladie est enrayée, nouvelle thérapeutique ;

3° Réglementation du régime.

Nous allons donner plusieurs formules de ces poudres. Les divers ingrédients forment une longue liste, appartenant aux trois règnes, minéral, végétal et animal. Le règne animal joue encore un très grand rôle dans la pharmacopée chinoise et les cornes de cerf et de rhinocéros sont douées de nombreuses propriétés thérapeutiques. Elles ne figurent pourtant pas dans les poudres à insufflation.

Voici six de ces formules :

N° 1

	gr.
Perles pulvérisées	15 44
Calculs biliaires du bœuf pulvérisés	3 86
Racines de coptis pulvérisé	15 44
Sédiments urinaires	11 58
Charbon de pruneaux	7 72
Ecume d'indigo	7 72
Camphre raffiné	7 72
Racines de réglisse pulvérisées	3 86
Borax	3 86
Cinnabre	11 58
Acétate de cuivre	1 93

N° 2

	gr.
Perles pulvérisées	15 44
Sédiments urinaires	11 58
Calculs biliaires de bœuf	3 86
Racines de coptis pulvérisées	11 58

	gr.
Ecume d'indigo	3 86
Camphre raffiné	3 86
Réglisse pulvérisée	3 86
Cinnabre	7 72

N° 3

	gr.
Perles pulvérisées	15 44
Sédiments urinaires	11 58
Calculs biliaires de bœuf	7 72
Bile d'ours carbonisée	15 44
Racine de coptis pulvérisée	15 44
Charbon de pruneaux	38 60
Bulbes d'uvularia pulvérisées	11 58
Camphre raffiné	7 72
Concrétions de bambous pulvérisés	11 58
Racine de réglisse pulvérisée	7 72
Ambre pulvérisé	11 58
Borax	1 93
Sulfate de chaux	7 72
Cinnabre	15 44

N° 4

	gr.
Perles pulvérisées	19 30
Sédiments urinaires	19 30
Calculs biliaires de bœuf	19 30
Musc oriental pulvérisé	7 72
Camphre	7 72
Rhizome de coptis pulvérisé	19 30
Ecume d'indigo	19 30
Racine de réglisse	11 58
Borax	19 30

N° 5

	gr.
Perles pulvérisées	7 72
Calculs biliaires du singe	7 72
Racines de Cayan pulvérisées	19 30
Ecorce de pterocarpe pulvérisée	7 72
Bulbes d'uvularia pulvérisées	7 72
Feuilles de menthe pulvérisées	11 58
Rhizome de coptis pulvérisé	11 58
Extrait de bois d'acacia pulvérisé	11 58
Camphre raffiné	1 93
Racine de réglisse pulvérisée	1 93
Sulfate de soude	19 30
Borax	15 44

N° 6

	gr.
Perles pulvérisées	9 65
Bile d'ours desséchée	5 79
Calculs biliaires de bœuf	5 79
Sédiments urinaires	19 30
Racine de coptis pulvérisée	3 86
Racine de cajan pulvérisée	7 72
Extrait de bois d'acacia	13 51
Suie ordinaire	19 30
Ecume d'indigo	9 65
Camphre brut	7 72
Réglisse pulvérisée	3 86
Camphre raffiné	5 79
Ambre	3 86
Or en feuilles	lég. quant.
Borax	9 86

Ces formules, aussi riches par la variété et le nombre des ingrédients, que bizarres par la nature de quelques-

uns de ces derniers, ont entre elles beaucoup de ressemblance et nous voyons les perles, les sédiments urinaires, les calculs biliaires, le camphre, les racines de coptis ou de réglisse figurer dans chacune d'elles ; le borax se rencontre dans cinq, le cinnabre dans trois. Quant aux autres produits ils sont employés d'une façon beaucoup plus inconstante.

Ces poudres sont insufflées dans la gorge, d'une façon régulière, toutes les deux heures, durant les premiers jours puis toutes les trois heures seulement dès qu'une amélioration commence à se monter. L'insufflation se fait, soit au moyen d'un petit tube de papier, soit d'un insufflateur métallique, employé de préférence pour les enfants rébarbatifs. Cet appareil se compose d'un assez long tube en cuivre à l'extrémité duquel est placée la poudre. La poire en caoutchouc est, ici, remplacée par une petite ampoule de cuivre dont les parois minces se laissent facilement déprimer et reviennent sur elles-mêmes avec bruit.

En même temps que les poudres sont insufflées dans la gorge, un traitement interne est prescrit. Il varie suivant que la maladie est encore en évolution ou que l'amélioration se produit.

Dans le premier cas, alors qu'il y a encore de la fièvre et que les fausses membranes se développent, on prescrit la décoction suivante :

	gr.
Bulbes d'arum pentaphyllum bouillies dans de la bile	57 9
Rhizome de coptis	38 7
Racine de scutellaire	38 6
Racine de rehmania	77 2
— de platycodon grandiflorum	57 9

	gr.
Rhyzome d'alpinia	57 9
Fleur de chèvrefeuille	77 2
Bulbes d'uvularia	38 6
Ecorce de ptérocarpe	58 6
Racine de cayan	77 2
Capsules de forsylhia suspensa	57 9
Racine de réglisse bouillie dans le miel	38 6
Tubercules de pachyrhizus trilobus	57 9

La décoction est faite à domicile. On verse tous les ingrédients dans un demi-litre d'eau et par ébullition on amène le volume à 1/5 de litre. On laisse refroidir. Les grandes personnes absorbent la décoction en trois fois ; les enfants la prennent par cuillerée.

Quand la fièvre est tombée, outre les insufflations, le malade prend la potion suivante :

	gr.
Fleurs de rehmania actinensis	77 2
Pousses de bambou	57 9
Fleurs de pyrèther	57 9
Racines de platycodon	57 9
Racines de cayan	77 2
Racines de « *tôa ting hông* » (1)	77 2

Le tout est mis à infuser dans une théière. L'infusion est absorbée par petites tasses. Mais il faut avoir soin, comme pour la première, du reste, de bien se gargariser avec le liquide avant de l'avaler.

La troisième partie du traitement est le régime. Le patient garde la chambre, dont on renouvelle l'air de temps à autre. Il doit se garantir des courants d'air. Les boissons

(1) Probablement l'*Anandria bellidiastrum* de de Candolle.

froides, les aliments gras, les mets sucrés, les fruits sont défendus.

Dans la première période de la maladie, on peut manger du riz, des œufs et du poisson sec. Avec l'amélioration des symptômes, on ajoute le poulet bouilli, dont on enlève le gras, le poulet rôti; la quantité des œufs peut être portée à 7. Comme boisson, de l'eau tiède.

Ce traitement donnerait, paraît-il, de bons résultats. Les poudres à insufflations contiennent toutes un certain nombre de substances dont le pouvoir antiseptique est bien connu : camphre, borax. Et c'est probablement à ces produits qu'on doit attribuer l'effet thérapeutique de ces poudres, car nous ne comprenons pas trop quel peut être le rôle que doivent jouer la bile de singe ou d'ours carbonisée, la poudre de racine de réglisse, ou l'extrait de bois d'acacia pulvérisé. Cependant le docteur Vorderman prétend avoir, à Batavia, employé plusieurs fois ce procédé, et avec succès, et s'en déclare un partisan convaincu.

Nous voulons, avant de terminer, dire quelques mots d'un certain nombre des produits qui entrent dans la composition de ces poudres.

Les *Perles* jouent un très grand rôle dans cette thérapeutique. Les Chinois les regardent comme un des meilleurs spécifiques des affections de la gorge. Leur prix en est assez élevé et c'est un remède de luxe et de gens riches. Ces perles sont importées surtout de l'Inde et, en général, ce sont de toutes petites qui sont pulvérisées pour la fabrication des poudres antidiphtéritiques. Parfois cependant, dans les cas graves, de grosses perles sont prescrites, car leur effet thérapeutique est, paraît-il, en raison de leur volume.

Les *calculs biliaires* sont également très employés et nous les voyons figurer dans toutes les formules de poudre. Ceux qui sont les plus réputés sont ceux des grands singes, orang-

outang ou gorille; mais ils sont très coûteux. Ces concrétions sont cylindriques, réniformes ou globulaires; la surface en est très régulière; la couleur est vert grisâtre. La fraude en matière pharmaceutique est aussi connue, en Chine, que sur notre continent, et les droguistes vendent souvent des contrefaçons. Pour les reconnaître, outre les stratifications qu'elles doivent présenter sur une couche, les Chinois ont recours au procédé suivant : un fragment du calcul suspect est frotté sur un morceau de chaux humide. Si cette dernière prend une teinte jaune, on a bien affaire à un calcul authentique.

Les *calculs biliaires du bœuf* sont les plus couramment employés. Ce sont des concrétions fragiles, se cassant facilement, sphériques ou oviformes, polies, de couleur brun foncé. La coupe montre des traces concentriques de couleur rouille et ocre. Ces calculs, bien que plus faciles à trouver que les précédents sont également falsifiés, prétend Williams (1), avec de l'argile mêlée à de la bile. On reconnaît les imitations à ce qu'elles fondent dans l'eau et que les calculs authentiques frottés sur un morceau de craie, laissent une trace jaune, et qu'ils colorent en jaune vert la chaux vive mise à leur contact.

Le foie joue un rôle important dans la thérapeutique chinoise, car, outre les calculs, nous trouvons encore la *bile d'ours*. Elle serait surtout fournie par l'*Ursus Thibetanus*; mais toutes les variétés d'ours, voire même d'autres animaux, l'orang-outang entre autres, sont utilisées à cet effet. On arrache la vésicule biliaire avec le cholédoque qui est noué sur lui-même. La vésicule et son contenu sont ensuite desséchés peu à peu. La bile reste à l'intérieur à l'état pâteux. Une quantité assez minime seulement entre dans

(1) Williams. *The Midle Kingdom*.

les poudres. Mais elle doit pour cela être carbonisée et ce n'est qu'alors qu'elle est mêlée aux autres poudres. Cette bile épaissie figure, à l'état fluide, dans un certain nombre de prescriptions médicales.

Le *musc* est assez répandu en Chine et on le trouve surtout dans les provinces du Kan-Si, du Yunnan, du Hô-Nay et dans le Thibet. Mais, son prix étant fort élevé, on le falsifie, soit en le mélangeant à des caillots du sang de l'animal producteur, soit en le pétrissant avec de la terre noire et grasse, en vue d'en augmenter le poids spécifique. Il est employé surtout comme désodorant.

Dans cinq des formules que nous avons relatées, figurent les *sédiments urinaires*. On les obtient de plusieurs manières. On peut traiter les urines d'enfants par le plâtre ou le sel marin, pour déterminer la formation de cristaux. Ce procédé est rarement employé et on a recours au suivant qui est plus simple : on gratte les dépôts qui se font sur les parois des jarres qui, dans certaines villes, servent de pissoirs, on recueille les concrétions qui se font dans les vases de nuit, etc. Ces dépôts sont lavés à plusieurs eaux et il ne reste plus, à la fin, qu'une poudre gris cendré, qui se prend en masses et qui rappelle un peu l'aspect de la pierre ponce. Avant d'englober ces dépôts dans une poudre à insuffler, la quantité, soigneusement pesée, est calcinée et finement pulvérisée ensuite.

Le *réglisse* est très employé dans la thérapeutique des Chinois. Mais ils ne savent pas extraire totalement le suc du bois, comme on le fait en Europe. Par coction et évaporation, ils obtiennent une sorte de mélasse épaisse, laquelle est très employée dans la fabrication des pilules. Pour les poudres anti-diphtéritiques, cette mélasse doit être carbonisée.

Le *camphre* non raffiné est très répandu dans la phar-

macopée céleste. On le trouve soit pulvérisé, soit en blocs qui ressemblent assez à des boules de neige mêlées de terre. Il peut être prescrit à l'intérieur. Ce camphre brut est préféré au camphre raffiné, que les Chinois considèrent comme contenant des poisons.

Le *charbon végétal de pruneaux*, qui figure dans les formules, est surtout employé comme poudre dentifrice mélangé à une légère proportion de camphre. Il est fourni par une prune spéciale à la Chine et qui rappelle beaucoup la prune d'Ente. Pour préparer ce charbon, on retire le noyau de pruneaux desséchés et ces derniers sont carbonisés dans un creuset et ensuite finement pulvérisés.

Nous ne mentionnerons le *sulfate de soude cristallisé* que pour faire connaître la méthode employée par les Chinois pour l'obtenir, méthode qui, en arrivant aux mêmes résultats que celle de Glauber, en diffère singulièrement par la manière de faire. Le sulfate de soude se trouve en quantité dans le Sze-Chuen et le Shan-Tung, mêlé au salpêtre. Ce sel est d'abord dissous dans l'eau, puis cette dernière, par évaporation, donne une première cristallisation. Ce sel va maintenant être raffiné. Il est de nouveau dissous et exposé dans un tonneau, une nuit à la lumière de la lune. Le jour suivant on ajoute à la solution des navets et on l'expose une deuxième fois à l'action des rayons lunaires. On ajoute ensuite des racines de réglisse, le tonneau est alors soigneusement bouché à l'argile et laissé quelques jours au repos. Le liquide est ensuite filtré, exposé à l'air, et le sulfate de soude raffiné est ainsi obtenu.

L'*acétate de cuivre* n'entre que pour une minime proportion dans la fabrication des poudres. Il est obtenu par oxydation directe de limaille de cuivre métallique par le vinaigre. Il forme une poudre à grains bleu gris, reconnaissables à leur odeur acétique. Il est encore utilisé

en thérapeutique chinoise dans les affections hépatiques, les poux, les ulcères syphilitiques et les morsures de serpents.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital Necker.)

PROFESSEUR LE DENTU

Traitement chirurgical du tic douloureux de la face.

Le professeur Le Dentu, dans une clinique parue dans la *Semaine médicale* du 3 juillet 1895, à propos d'une malade de son service atteinte de tic douloureux de la face, étudie la prosopalgie et indique le traitement chirurgical de la maladie de Fothergill.

Les différents modes de traitement chirurgical sont les suivants : élongation, névrotomie, névrectomie et extirpation ganglionnaire.

L'*élongation* peut porter sur les différentes branches nerveuses de la cinquième paire ; elle donne quelquefois d'excellents résultats.

Hinsdale a fait avec succès l'élongation du nerf facial. L'élongation des branches du trijumeau se fait moins aujourd'hui de crainte de produire des lésions encéphaliques.

Le professeur Le Dentu a pratiqué chez une femme l'élongation du nerf lingual et a ainsi fait disparaître pendant trois mois les douleurs irradiées dans les branches nerveuses autres que le nerf lingual ; la douleur linguale a complètement disparu.

La *névrotomie* détermine une amélioration passagère, suivie de récidives pour lesquelles Letiévant a conseillé la

polynévrotomie. Cette opération a rarement suffi à calmer les névralgies rebelles.

La *névrectomie* et *l'extirpation ganglionnaire* sont actuellement les procédés de choix.

La névrectomie ou résection nerveuse a pour but d'enlever un tronçon plus ou moins long du nerf malade. Cette opération ne peut donner de résultat que si elle porte sur la portion saine du nerf entre l'encéphale et la partie lésée du tronc nerveux, comme dans le cas de névralgie ou de névrite périphérique peu étendue.

Les extirpations ganglionnaires sont très difficiles et très souvent aveugles; le professeur Le Dentu restreint la question à la thérapeutique chirurgicale des états douloureux du nerf dentaire inférieur.

La première opération a consisté dans la section des filets nerveux émergeant du tronc mentonnier. Cette section amena une amélioration momentanée, mais resta insuffisante pour guérir le malade. On alla donc plus loin, on pratiqua la section du nerf dentaire dans le canal dentaire après trépanation du maxillaire inférieur. Il y eut des succès et des insuccès. Velpeau faisait la trépanation de la branche montante du maxillaire, puis la résection du nerf dentaire au niveau du canal dentaire; le segment réséqué était long de 1 centimètre environ.

Kühn pratiquait une incision longitudinale le long du bord postérieur du maxillaire, puis désinsérait le muscle ptérygoïdien interne pour pouvoir aborder le nerf dentaire. Le procédé de Velpeau ne donne pas assez de jour au chirurgien et oblige souvent de faire une simple section nerveuse; le procédé de Kühn est trop compliqué. D'autres chirurgiens ont tenté d'aborder le nerf dentaire par la voie buccale au moyen du procédé suivant : incision de la muqueuse le long du bord postérieur du maxillaire, décollement de cette muqueuse jusqu'au niveau de l'épine de Spix,

puis mise à nu du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual.

Mikulicz, pour découvrir le nerf dentaire, a pratiqué une section de toute la joue depuis la commissure labiale.

Gussenbauer a eu recours à la résection temporaire de l'apophyse zygomatique; on peut aussi atteindre le nerf à sa sortie du crâne.

Carnochan a recommandé la trépanation du sinus maxillaire pour arriver sur le ganglion sphénopalatin qu'on arrache.

Le procédé de Horsley consiste à augmenter l'échancrure sigmoïde à l'aide du ciseau et du maillet; par cette échancrure on peut atteindre le nerf dentaire inférieur, le suivre jusqu'à la base du crâne et le réséquer le plus haut possible. Horsley recommande pour l'incision cutanée une triple incision. Par une incision verticale le long du bord postérieur du maxillaire et par deux incisions horizontales rejoignant la première l'une au-dessus de l'arcade zygomatique, l'autre au niveau du bord de la mâchoire et un peu au-dessus, on trace un lambeau en forme de volet que l'on dissèque d'arrière en avant. Ce lambeau doit comprendre seulement la peau et un peu de graisse; on refoule ensuite par en bas la graisse qui reste adhérente aux parties profondes et qui contient les filets supérieurs du facial; on déplace de la même façon le canal de Sténon, puis on sectionne tranversalement le masseter au-dessous de l'apophyse zygomatique. Il ne faut pas trop se rapprocher ni de l'apophyse coronoïde, ni du col du condyle du maxillaire inférieur, on pratique sur cet os une brèche haute de 1 centimètre 1/2 environ mais dont la largeur ne doit pas dépasser 1 centimètre, sinon l'on court les risques de fracturer soit l'apophyse coronoïde, soit le condyle du maxillaire inférieur. L'exécution de cette brèche constitue un temps assez délicat de l'opération en raison de la mobilité du maxillaire difficile à entamer. Atteindre le nerf dentaire inférieur, le mettre

à nu, est affaire de patience; mais la résection faite jusqu'à la base du crâne offre des dangers réels; on est exposé à couper l'artère maxillaire interne et l'artère dentaire inférieure; le sang inonde alors la plaie et l'on ne voit plus bien ce que l'on fait.

Ces opérations peuvent se faire méthodiquement.

L'extirpation même du ganglion de Gasser est possible. Horsley tenta cette opération en 1889, mais ne put la mener à bien. En 1890, W. Rose extirpa le ganglion de Gasser après résection du maxillaire supérieur. Il pratiqua cette opération après avoir fait successivement l'élongation du nerf dentaire inférieur, la section des rameaux mentonniers, la section du nerf dentaire inférieur après trépanation de l'os, enfin la section des nerfs dentaire inférieur et lingual dans la fosse ptérygoïde. La malade guérit de ses douleurs, mais en perdant un œil et la mâchoire supérieure.

Doyen fit l'extirpation totale du ganglion de Gasser par la résection de l'arcade zygomatique de l'apophyse coronoïde, la dénudation de la grande aile du splénoïde dans sa portion horizontale, la dénudation de la partie correspondante du temporal et enfin la trépanation du temporal. La malade guérit avec une vision normale, mais la cornée devint et resta insensible.

L'extirpation du ganglion de Gasser est indiquée dans les cas de névralgie portant sur toutes les branches du trijumeau, à la condition que tous les nerfs soient atteints à peu près au même degré. Mais dans ces cas de névralgies multiples on se trouve le plus souvent en présence de lésions intracraniennes. Lorsqu'il existe des irradiations douloureuses, la résection du nerf présentant les points douloureux maxima fait disparaître les douleurs irradiées.

VARIÉTÉS

La sérothérapie à l'étranger.

I. Traitement du tétanos par les toxines. — II. — De l'influence de quelques albumines, introduites par voie sous-cutanée, sur l'organisme animal, surtout chez les animaux infectés par la tuberculose. — III. Crétinisme sporadique traité par l'extrait de glande thyroïde.

Traitement du tétanos par les antitoxines.

(R. T. Hewlet, *Practitioner*, 1895.)

Des quatre modalités du tétanos (idiopathique, traumatique, puerpéral et des nouveau-nés), c'est le tétanos puerpéral et des nouveau-nés qui est le plus dangereux : presque tous les cas se terminent par la mort. Le tétanos traumatique, le plus fréquent de tous, est lui aussi très grave : l'issue fatale survient dans 90 0/0 environ. Le pronostic est d'autant plus sérieux que la plaie est plus étendue, qu'elle est lacérée ou contuse et surtout si elle est souillée par de la terre; en revanche, plus longue est l'incubation, plus est bénin le pronostic. Les lésions causées par le ballon de pied sont surtout liables de provoquer le tétanos. Quant au tétanos idiopathique, la mortalité n'en est que de 55 0/0 environ.

L'organisme pathogène du tétanos, c'est le bacille de Nicolaier qui se rencontre en abondance dans le sol de certaines localités. Ce bacille se laisse isoler et se cultive facilement sur nos milieux artificiels de culture; inoculé aux animaux, il produit chez eux le tétanos type. C'est un bâtonnet court, droit, mobile; le bacille est anaérobie et possède des spores terminales. La rareté relative de l'affection est due à ce fait que, malgré son ubiquité presque complète, il demande pour

sa pullulation un ensemble de conditions qui ne se rencontrent pas partout et toujours.

Les manifestations cliniques de l'affection sont causées par l'absorption dans la circulation générale des poisons chimiques élaborés sur place par le bacille de Nicolaier; en effet, le bacille ne séjourne jamais dans le sang, les organes, ni les tissus, et la maladie commence toujours par être purement locale.

Cultivé sur des milieux appropriés le bacille du tétanos élabore des toxines, s'accumulant dans le milieu de culture : ces toxines, débarrassées des germes par filtration à travers des filtres en porcelaine et inoculées aux animaux, provoquent chez eux un tétanos type rapidement mortel.

De tous les procédés de traitement innombrables proposés jusqu'à présent, c'est le traitement par les antitoxines qui donne les meilleurs résultats. Aussi allons-nous exposer brièvement le mode de procéder et les effets produits par lui.

Méthode de préparer les antitoxines. — On peut se servir en pratique d'au moins trois diverses formes d'antitoxines :

1° Parfois c'est le sérum sanguin des animaux immunisés qui est employé tel quel;

2° Le sérum sanguin séché : 1 gramme de substance séchée correspondant à 10 centimètres cubes de sérum sanguin liquide ;

3° Le sérum sanguin est précipité par l'alcool et le précipité est séché — c'est l'antitoxine de Tizzoni. Cette dernière est peut-être l'antitoxine sous sa forme la plus concentrée.

Dosage de l'antitoxine. — Il est difficile d'indiquer d'une manière définitive le dosage exact de l'antitoxine, la dose employée ayant varié considérablement dans les cas rapportés jusqu'à l'heure qu'il est. La dose minima employée fut de 5 centimètres cubes et la dose maxima de 167 centimètres cubes (cas de Roux); ce qui est surtout remarquable, c'est que cette dose énorme n'a pas donné lieu à des phénomènes secon-

daires fâcheux, à part l'urticaire qui se rencontre si souvent après les injections d'antitoxine diphtéritique. Voici les doses moyennes à employer pour chacune des diverses formes d'antitoxines :

1° *Sérum sanguin liquide.* — Son pouvoir immunisant minimum doit être de 1 : 1,000,000. On commencera par injecter 20-40 centimètres cubes de sérum sanguin et on répètera ensuite toutes les six à douze heures, en injectant 10-20 centimètres cubes de sérum.

2° *Sérum sanguin séché.* — 1 gramme de sérum séché correspondant à 10 centimètres cubes de sérum liquide, on commencera par en injecter 2-4 grammes, et les injections ultérieures seront faites, toutes les six à douze heures, avec 1-2 grammes de sérum séché.

3° *Antitoxine de Tizzoni.* — Tizzoni recommande de faire la première injection avec 0gr,25 de son antitoxine, et les injections ultérieures avec 0gr,6 chacune.

Les doses à employer et l'intervalle entre les injections dépendront de la gravité des cas à traiter et des effets que produira l'injection de toxines : il ne faut jamais perdre de vue que plus courte a été la période d'incubation, plus aiguë, toutes choses égales d'ailleurs, sera probablement la marche de l'affection.

Mode d'administration. — On se servira exclusivement de la voie sous-cutanée. La seringue sera assez volumineuse, d'une capacité minima de 10 centimètres cubes, les seringues ordinaires de Pravaz étant à rejeter, parce qu'on serait obligé de pratiquer chaque fois plusieurs piqûres. La seringue sera préalablement démontée et soigneusement stérilisée; la peau, au lieu de piqûre, sera désinfectée avec une solution phéniquée à 5 0/0. Se sert-on du sérum sanguin liquide, on en versera une quantité suffisante dans un vase préalablement stérilisé à l'eau bouillante, et le flacon sera bouché rapidement et remis dans

un endroit sombre et froid, de préférence sur de la glace; remarque-t-on, après l'avoir débouché une ou deux fois, l'apparition d'un trouble nuageux (ce qui indique la présence des bactéries), le flacon devra être mis de côté. Le sérum séché et l'antitoxine de Tizzoni seront finement pulvérisés, la dose nécessaire pesée sera dissoute dans 5 à 10 parties (suivant les cas) d'eau distillée stérilisée par ébullition préalable pendant dix minutes consécutives. La chaleur détruisant les antitoxines, il faut absolument proscrire le chauffage pour hâter la dissolution : on ne se servira des seringues et des vases stérilisés qu'après refroidissement préalable. L'antitoxine sera injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané lâche, par exemple, au dos dans l'espace interscapulaire et dans le tissu sous cutané de l'abdomen.

L'antitoxine sera employée :

1° *Comme remède.* — Pour que l'antitoxine produise plus sûrement l'effet désiré, il est de toute nécessité de l'administrer dès que l'apparition du tétanos devient probable. On n'hésitera pas à injecter l'antitoxine toutes les fois que, quelques jours après l'accident et sans cause appréciable aucune, il survient de la raideur de la nuque, de la difficulté d'ouvrir la bouche, ou même des douleurs excessives au siège de la lésion ou des douleurs s'irradiant de ce point.

La dose à employer augmentant rapidement avec la durée de la maladie, on aura soin de se servir de l'antitoxine aussi près que possible du début de l'affection.

2° *Comme prophylactique.* — L'action curative de l'antitoxine une fois démontrée (voir plus bas), on peut se poser la question si, dans certains cas donnés, il ne serait pas sage de l'employer avant l'éclosion de la maladie. Par exemple, quand on a affaire à une plaie contuse souillée par la terre, qui suppure déjà : le sujet n'entrant en traitement qu'après aggravation de son état, il est à présumer que le tétanos ne tardera pas à éclater et, s'appuyant sur des recherches expérimentales en-

treprises à cet égard, il n'est pas invraisemblable que l'on réussira à le prévenir par des injections de petites doses d'antitoxine. Il est à présupposer que, dans ce but, il suffirait complètement, pour obtenir l'effet prophylactique, d'injecter 5 centimètres cubes environ de sérum antitoxique.

S'il est vrai que tout cela est encore hypothétique, il vaut tout de même la peine de signaler l'effet prophylactique probable de l'antitoxine tétanique et de l'essayer le cas échéant,

Effets de l'antitoxine. — On n'a jamais observé de phénomènes secondaires fâcheux à la suite d'injections d'antitoxine. Quant à son action favorable, elle est incontestable : sous son influence la durée de la maladie est abrégée, la fièvre (si elle existe déjà) s'abaisse, la fréquence du pouls est diminuée (ce qui est un excellent signe), et les attaques spasmodiques deviennent moins fréquentes et moins intenses. Même dans les cas où la guérison ne survient pas, l'antitoxine soulage énormément les malades en atténuant un grand nombre de symptômes morbides.

Valeur de l'antitoxine comme médication curative. — A n'en pas douter, la guérison est survenue dans des cas de tétanos traités par l'antitoxine. Mais cette guérison est-elle due à l'antitoxine ou est-elle survenue spontanément? C'est ce qu'il est difficile de décider. Sur les 50 cas analysés par l'auteur, il y a eu 16 morts, en d'autres termes, la mortalité est de 32 0/0. Il faut de ce nombre défalquer 2 cas, dont l'un, tétanos idiopathique, a guéri, et l'autre, tétanos du nouveau-né, s'est terminé par la mort. Tous les 48 cas restants sont des cas de tétanos traumatique quoique, dans 2 à 3 cas, la période d'incubation étonne par sa longueur inaccoutumée. 5 cas sont rapportés trop sommairement pour que l'on puisse émettre un jugement à leur égard. Sur les 43 cas restants, dans 24 la période d'incubation était de onze jours ou au-dessous et dans les autres cas au-dessus de onze jours. Les premiers ont présenté une mortalité de 37,5 0/0 (=9 cas), tandis que la

mortalité était seulement de 15,8 0/0 (= 3 cas) dans la deuxième série.

Si ces chiffres étaient hors de toute contestation, il s'en suivrait que l'antitoxine diminue considérablement la mortalité des sujets atteints de tétanos. Mais malheureusement les auteurs sont enclins à publier tous les cas favorables et à laisser de côté les échecs, ce qui diminue d'autant la valeur de la statistique détaillée plus haut. Toutefois, pour être tout à fait impartial il faut attirer l'attention sur ce fait que, dans 2 cas, les malades étaient déjà agonisants avant même l'application du traitement par l'antitoxine : aussi, en toute justice, les faudrait-on défalquer du chiffre des issues fatales comme nullement imputables au traitement antitoxique.

Il est assez probable que les succès obtenus par l'antitoxine tétanique seront toujours inférieurs à ceux que donne l'antitoxine diphtérique ; en effet, le tétanos ne se déclare qu'après irruption d'une grande quantité de toxines dans la circulation générale, tandis que la diphtérie peut être diagnostiquée encore à l'état d'affection locale ou, du moins, immédiatement après absorption d'une petite quantité seulement de poison.

Traitement local de la lésion. — On ne négligera jamais le traitement local de la plaie, car c'est ici que s'élaborent les substances toxiques dont l'absorption provoque le tétanos. La plaie sera désinfectée par des antiseptiques puissants et l'on ne s'arrêtera pas devant une excision étendue toutes les fois qu'on la croira nécessaire. Des recherches de Tizzoni et de Cattani, il résulte que c'est l'azotate d'argent en solution à 1 0/0 qui est peut-être douée de propriétés germicides les plus puissantes par rapport au bacille de Nicolaier.

Adjuvants au traitement par l'antitoxine. — Le malade sera placé dans une chambre noire; le silence et le repos sont de rigueur. On lui administrera en abondance des aliments liquides d'une digestion facile. La déglutition provoque-

t-elle des attaques, on lui introduira les aliments par la sonde stomacale pendant le sommeil chloroformique. De même aussi si les injections causent des accès spasmodiques, elles seront pratiquées dans l'anesthésie chloroformique. Comme hypnotique, le chloral sera préféré à l'opium : on peut l'administrer *larga manu* sans crainte de voir survenir des phénomènes secondaires fâcheux. (*New-York medical Abstract*, v. XV, n° 5, mai 1895, p. 153-157.)

(*A suivre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Traitement de la névrite traumatique par la compression forcée (Communication du Dr Delorme à l'Académie de médecine, séance du 28 mai 1895). — Le Dr Delorme présente un nouveau cas de guérison de névrite traumatique par la compression forcée.

Le malade, atteint de névrite traumatique, fut soumis à la compression localisée, forcée, pratiquée après chloroformisation, sur les points douloureux.

Le chirurgien comprima avec ses pouces et de toutes ses forces les points douloureux. Après fatigue, il fit répéter la même manœuvre par deux aides.

Au réveil, le malade accusa des douleurs moins vives. On fit un pansement ouaté qui fut levé le sixième jour; les douleurs à la pression étaient nulles sur presque tous les points hypéresthésiés. Sept jours après, une nouvelle séance de compression fut faite, les douleurs à la pression disparurent et la marche devint relativement facile. La guérison fut obtenue après une nouvelle et troisième séance de compression.

Sur une préparation destinée au pansement des plaies superficielles, par Dufau, interne en pharmacie de l'hôpital Lariboisière (In *Semaine médicale* du 15 juin 1895). — M. Dufau a trouvé pour le traitement des excoriations et des petites plaies cutanées une formule de mixture qu'il désigne sous le nom d'*adhésol*. En voici la composition :

Résine de copal..................	350	grammes.
Benjoin..................	ãã 30	—
Baume de tolu..................		
Éther sulfurique..................	1000	—
Essence de thym..................	20	—
Naphtol α..................	30	—

Mêlez. Usage externe.

Ce liquide, appliqué sur la peau, donnerait rapidement lieu à la production d'une pellicule mince, rendue aseptique par la présence du naphtol.

Cas d'incontinence d'urine traitée par la torsion de l'urèthre d'après la méthode de Gersuny (J. Glas, *Wiener medicinische Blätter*, 1895, n° 6). — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans atteinte depuis trois ans d'incontinence d'urine : de nocturne qu'elle était d'abord, elle est devenue ensuite aussi diurne. Echec avec la faradisation du sphincter et les injections de strychnine dans la région sphinctérienne.

C'est alors que l'auteur s'est décidé à pratiquer dans la narcose chloroformique la torsion de l'urèthre d'après le procédé de Gersuny. Ayant incisé tout autour de l'orifice externe, à 2 millimètres de distance, et ayant attiré en dehors l'urèthre à $2^{cm},5$, il lui fit exécuter une torsion de 270°, après quoi il fixa l'urèthre par quelques sutures de soie. Rétention de l'urine pendant deux jours après l'opération ayant nécessité le cathétérisme ; passé ce délai la miction est redevenue volontaire. Les fils furent enlevés quinze jours après l'opération ; guérison par première intention. La guérison s'est maintenue six mois après l'opération. La capacité

de la vessie est de 500 grammes environ. La durée de la miction n'est que de peu supérieure à la normale. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1895, n° 21, p. 583.)

Sur le traitement aseptique de la suppuration (H. Zeidler, *Centralblatt für Chirurgie*, 6 avril 1895). — L'auteur discute la question s'il est désirable de tâcher de désinfecter les plaies suppurantes, de même que les foyers de cellulite suppurée circonscrite ou de cellulite suppurée diffuse, et il se prononce plutôt en faveur de l'asepsie que de l'antisepsie. Ce qui le confirme surtout dans cette manière de voir, c'est l'impossibilité presque absolue, ou du moins la difficulté extrême de tuer les microorganismes pathogènes ayant pénétré dans l'intérieur des plaies. Déjà en 1889 il avait rapporté une centaine de cas traités avec succès sans antiseptique aucun, et depuis des observations semblables n'ont pas cessé de s'accumuler entre ses mains, et il les compte à présent par des centaines.

Voici sa manière de procéder :

Le champ opératoire est préparé comme habituellement ; après ouverture de toute la plaie, on dissèque soigneusement tous les tissus infectés de pus. On essuie alors avec de la gaze stérilisée et, en cas de nécessité, on irrigue avec une solution de chlorure de sodium à 6 0/0. On bourre alors soigneusement de gaze stérilisée et on place dessus une couche de gaze stérilisée couverte de laine ; pansement compressif.

L'auteur se prononce contre le pansement humide et en faveur du pansement sec ; il est d'avis que ce dernier diminue les sécrétions et active la formation des granulations saines. Il déconseille l'emploi de l'iodoforme ou d'autres antiseptiques quelconques qui, d'après lui, non seulement ne sont pas utiles, mais encore sont dangereux.

Le pansement ne sera pas changé pendant une huitaine de jours : jamais il n'a observé d'exhalation d'odeur fétide par

suite de la décomposition des sécrétions. Les liquides sont-ils sécrétés en abondance et infiltrent-ils les couches externes de gaze, on les enlèvera et on les remplacera par d'autres couches de gaze sans toucher aux couches profondes. Il est de toute nécessité d'employer pour le pansement des substances absorbant bien les liquides. (*The Practitioner*, juin 1895, p. 569 et 570.)

Chloroformisation. — Éthérisation (Communication à la Société de chirurgie, 15 juin 1895). — *Chloroformisation.* — MM. Langlois et Maurange préconisent avant la chloroformisation, dans le but d'éviter la syncope cardiaque, l'injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'une solution contenant 1 centimètre cube de chlorhydrate de morphine et 5 centimètres cubes de sulfate de spartéine. Dans 182 cas où cette injection a été faite, on n'a jamais observé d'alerte cardiaque, les vomissements ont été rares et l'anesthésie a été maintenue avec des quantités minimes de chloroforme, 30 grammes en moyenne.

Ethérisation. — Actuellement l'éthérisation est en pleine faveur parmi les chirurgiens, aussi le Dr Reynier vient-il montrer que les dangers de l'éther par lui-même ne sont pas à passer sous silence, et l'embrasement des vapeurs éthérées, par exemple, est toujours à craindre, quand il y a un foyer incandescent (un simple thermocautère suffit), ainsi que l'ont démontré nombre de faits. Comme anesthésique, l'éther est inférieur au chloroforme, son action est moins durable et moins continue. Tandis que le chloroforme anesthésie sans asphyxie, l'éther anesthésie toujours par asphyxie, à tel point que les Américains appellent la méthode de Julliard, la méthode par asphyxie.

L'éther provoque une salivation et une irritation bronchique intenses, soit des complications fréquentes.

Quant à la syncope, elle est peut-être moins fréquente

qu'avec le chloroforme, mais elle n'est pas rare et elle est plus grave.

L'éther donne des alertes comme le chloroforme et, il y a une huitaine, M. Reynier en a observé une dans les circonstances suivantes : Son interne endormait avec le masque de Julliard un homme de 35 ans, alcoolique mais non cardiaque. Au bout de cinq minutes, le malade pâlit et ne respire plus. La respiration artificielle, tout aussitôt faite, permit de ranimer l'opéré au bout de quelques instants.

Enfin l'éther a des contre-indications nombreuses indiquées par ses meilleurs partisans. C'est ainsi qu'il ne faut pas l'employer dans les cas de shock, d'obstruction intestinale, de péritonite, de hernie étranglée, etc., ni dans les opérations portant sur le cou, la face et le crâne, ni chez les malades atteints d'affection pulmonaire, ni chez les enfants, ni chez les vieillards; enfin, il faut tenir compte du mode d'éclairage et de calorification. En présence de ces nombreuses contre-indications, pourquoi renoncer au chloroforme, maintenant que nous savons mieux le manier, et l'éther n'a rien qui lui mérite de détrôner le chloroforme.

Gynécologie et Obstétrique.

Contribution aux ruptures complètes de l'utérus (S. Cholmogoroff, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, B. XXXI, 1895.) — La rupture de l'utérus pendant le travail appartient aux complications les plus rares, mais aussi les plus dangereuses de l'accouchement. Ce sont la septicémie et l'anémie qui causent dans la plupart des cas la mort des femmes après rupture utérine. Ordinairement il s'agit d'accouchements négligés chez des femmes auprès desquelles on avait déjà tenté des essais infructueux pour les délivrer du fruit de conception. Dans un grand nombre de cas le fœtus est déjà mort et putréfié, de sorte que l'intoxication est à la fois intérieure et extérieure. Dès que le fœtus a passé dans la cavité

abdominale, le placenta ne tarde pas à se détacher, d'où hémorrhagie profuse provenant simultanément de la plaie par déchirure et de la surface d'insertion du placenta.

Le traitement institué dès l'antiquité, à savoir, le pansement compressif et le sac de glace, malgré les succès obtenus par lui dans ces tout derniers temps, n'a pas en général donné de résultats favorables. Aussi du moment que, grâce à l'antisepsie, l'opération césarienne et l'ouverture de l'abdomen sont devenues moins dangereuses, a-t-on eu recours à la laparatomie pour le traitement de la rupture utérine.

Mais la laparatomie suivie de l'opération césarienne conservatrice ou de l'opération de Porro n'ayant pas donné les résultats attendus, on s'adressa au tamponnement de l'utérus : on se proposait de boucher la plaie par déchirure ou de drainer, à travers la déchirure, la partie voisine de la cavité abdominale à l'aide des lanières de gaze iodoformée ou des drains.

A en juger d'après les données statistiques, le résultat de la laparatomie loin d'être sûr et certain, dépendrait plutôt du progrès plus ou moins considérable de l'infection péritonéale avant l'intervention chirurgicale. Mais grâce au drainage, on réussit non seulement à évacuer avec facilité par en bas les sécrétions septiques, mais en se servant comme drain du tampon de gaze iodoformée, on peut aussi arriver à arrêter l'hémorrhagie. On peut attendre des résultats encore plus brillants en combinant ce mode de drainage avec la suture de la déchirure par le vagin.

Dans un cas de rupture utérine, l'auteur commença par laver la cavité abdominale, avec une solution boriquée à 2 0/0, à l'aide d'un long tube de verre introduit à travers le vagin et la plaie par déchirure; puis ayant attiré par en bas les bords de la déchirure, il les sutura en partie, en en tamponnant la partie restante avec une bande de gaze iodoformée allant jusque dans la cavité abdominale. Pansement compressif appliqué sur le ventre et le périnée.

Les frissons et la fièvre survenus durant les suites de couches, étaient attribuables à une mastite intercurrente : en effet, le dixième jour on enleva les sutures et la plaie a été trouvée complètement guérie. Involution normale de l'utérus.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur :

1° Les ruptures utérines peuvent être traitées de différentes manières : *a*) par expectation ou à l'aide des antiphlogistiques ; *b*) par laparatomie avec conservation de l'utérus, en suturant la plaie ou en la laissant telle quelle ; *c*) par laparatomie avec amputation sus-vaginales ou extirpation de l'utérus ; *d*) par drainage de la plaie par déchirure ; *e*) par suture de la plaie par déchirure avec ou sans introduction de gaze iodoformée.

2° L'expectation n'amenant la guérison que très rarement, elle doit être rejetée.

3° Ordinairement l'on aura à choisir entre les diverses méthodes de laparatomie et le tamponnement.

4° Eu égard à la désinfection soigneuse de la cavité abdominale, il est difficile de donner la préférence à une quelconque de ces diverses méthodes.

5° Le drainage tout en n'assurant pas d'une manière certaine la cessation de l'hémorrhagie, garantit l'écoulement libre des sécrétions de la cavité abdominale.

6° On combine les avantages de ces deux méthodes en suturant la plus grande partie de la déchirure et en ne laissant non suturée qu'une petite ouverture, à travers laquelle on fait passer une bande de gaze iodoformée.

7° Cette méthode remplit tous les *desiderata* : s'il est vrai qu'il est assez difficile de la pratiquer, on y arrivera tout de même en fin de compte toutes les fois qu'il s'agit d'une rupture utérine au-dessous de l'anneau de contraction : or, c'est à cette variété de rupture que nous avons affaire dans la majorité des cas. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 417 et 418.).

De l'ostéomalacie et de son traitement (Fehling, *Archiv für Gynäkologie*, XLVIII, n° 3, p. 472). — On sait que c'est Fehling qui a proposé la castration comme remède radical de l'ostéomalacie chez la femme gravide aussi bien que chez la femme non gravide. Malgré l'opposition rencontrée par lui, il persiste à croire que l'ostéomalacie est une tryphonévrose du système osseux causée par les lésions des ovaires. L'ostéomalacie est provoquée par l'activité anormale des ovaires qui sont atteints d'une affection inflammatoire ; en effet, les ovaires sont extrêmement hyperhémiés et leurs vaisseaux sanguins sont atteints de dégénérescence hyaline. Il est assez vraisemblable que le système nerveux central et les nerfs sympathiques sont, eux aussi, atteints à leur tour.

A quoi est due la dissolution des sels calcaires de l'os ? Il est encore impossible, à l'heure qu'il est, de répondre à cette question. En tout cas est dénuée de tout fondement l'ancienne hypothèse d'après laquelle cette dissolution serait provoquée par un acide libre provenant des aliments. Les microorganismes n'ont rien à faire avec cette affection ; elle n'est pas causée non plus par les bactéries de la nitrification. Aussi a-t-on échoué avec le traitement proposé par Petrone, à savoir, l'administration du chloral hydraté ou la narcose chloroformique.

Le seul traitement curatif, c'est la castration, l'enlèvement des ovaires, cause de l'affection par suite de leur suractivité.

Mais la castration n'est point indiquée dans tous les cas d'ostéomalacie, sans exception aucune. Quelques cas guérissent spontanément ou sous l'influence d'autres médications. Le phosphore semble parfois amener la guérison, mais il ne met pas à l'abri de la récidive pendant les grossesses ultérieures.

La guérison ne survient parfois qu'après deux à trois ans. Quelquefois l'ostéomalacie ne débute que deux à trois ans après le dernier accouchement.

Ce qu'il importerait surtout, ce serait prévenir l'affection qui, comme l'on sait, est endémique. Malheureusement, c'est

une chose très difficile. En effet, le meilleur prophylactique, c'est d'améliorer la nutrition et l'habitation des femmes, surtout de proscrire les chambres à coucher noires, sans lumière ni air pur.

L'affection survient-elle pendant la grossesse ou dans la suite de couches, on aura alors recours en première ligne au traitement symptomatique. On prescrira la poudre de Hasse (carbonate de fer et carbonate de chaux, à parties égales), le phosphore en émulsion ou dans l'huile de foie de morue, les bains d'eaux-mères, une alimentation tonique, le changement d'habitation ou de lieu de séjour, la cessation de la lactation, etc. Il importe beaucoup que les femmes ne deviennent plus enceintes. (Par parenthèse, la fertilité extrême des femmes ostéomalaciques est tout à fait caratéristique.)

Le bassin est-il déjà très rétréci dès les premiers mois de la grossesse, on prendra en considération les indications de l'accouchement prématuré et de l'avortement artificiel; le bassin est-il très rétréci et les femmes souffrent-elles considérablement, on pourra pratiquer l'opération césarienne dès le sixième ou septième mois de la grossesse. L'auteur se prononce contre la castration dans les premiers mois de la grossesse proposée par Felsenreich pour enrayer les progrès de l'affection : en effet, nous ne sommes pas encore édifiés sur la valeur de cette intervention chirurgicale. L'opération césarienne est-elle entreprise vers la fin de la grossesse, il vaudra alors mieux pratiquer l'opération de Porro que de faire la castration en conservant l'utérus : il est évident qu'il est plus avantageux d'avoir une seule plaie que d'en avoir trois.

S'agit-il d'ostéomalacie des femmes non gravidiques, la castration sera pratiquée dès que l'on aura échoué avec les autres médications et que la malade sera devenue incapable de se tenir sur ses pieds et de vaquer à ses occupations. On enlèvera simultanément les ovaires et les tubes. L'auteur met expressément en garde contre le conseil de Winckel, d'attendre avec la castration jusqu'à ce que la vie des femmes soit en danger :

en effet, dans cet état des choses la laparotomie et la narcose deviennent à elles seules des interventions dangereuses. De plus, les femmes si dangereusement atteintes deviennent facilement la proie de la tuberculose (*Die Therapie der Gegenwart*, *medicinisch-chirurgische Rundschau für praktische Aerzte*, juillet 1895, nº 7, p. 426 et 427.)

Contribution au traitement de l'éclampsie (A. v. Gubaroff, *Centralbatt für Gynäkologie*, 1895, nº 5). — Dans 6 cas personnels dont 3 très graves, voici le traitement qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur :

Emploi des narcotiques, surtout de la morphine (injection sous-cutanée de 0 gr, 015 répétée six fois environ par 24 heures suivant la quantité d'urine éliminée), des lavements chloralés et la narcose chloroformique légère seulement pendant l'intervention chirurgicale (y compris le cathétérisme vésical). On a prescrit *larga manu* tous les remèdes externes possédant la propriété d'exciter les fonctions de la peau ou de les remplacer par les fonctions des organes vicariants, tels que, enveloppements chauds (toujours), bains chauds (très rarement), frictions avec une solution chaude d'alcool, de vinaigre et de sel (répétées plusieurs fois par jour) et air chaud.

Dans tous les cas on a pris soin de faire évacuer complètement l'intestin à l'aide des purgatifs salins (sulfate de soude et sulfate de magnésie). La fonction rénale fut stimulée par l'administration du lait et de quelques eaux minérales et par l'application locale, à la région rénale, de la chaleur à l'aide d'une grosse vessie de caoutchouc quadrangulaire remplie d'eau chaude.

Grâce à ce traitement, la diurèse augmenta, l'albuminurie diminua, l'état général s'améliora rapidement et la guérison est survenue dans quelques jours. L'auteur recommande surtout l'application locale permanente de la chaleur à la région rénale.

Une seule fois seulement l'auteur fut obligé de recourir à

la saignée. Les accès étant devenus très menaçants vers la fin du septième mois de la grossesse, on provoqua l'accouchement prématuré. Mais les accès s'étant renouvelés avec la même intensité après l'accouchement et la respiration étant devenue laborieuse (toute la poitrine était remplie de râles), 500 grammes de sang furent retirés de la veine médiane céphalique gauche. Cessation rapide des accès, mais persistance des troubles de la conscience. Le lendemain nouvelle saignée de 500 grammes. La conscience revint en peu de temps et la guérison eut lieu dans quelques jours. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 419 et 420.)

Médecine générale.

Antipyrine en injections sous-cutanées comme anti-névralgique et hémostatique. (Bergquist, *Eira*, XIX, N° 3, p. 73.) — Les injections sont faites avec une solution aqueuse d'antipyrine : on injecte en une seule fois 1 seringue de Pravaz, rarement 2; le point d'injection est ensuite soumis au massage. Les injections sont très douloureuses; la douleur persiste pendant une demi-minute environ.

Sur 130 cas de lumbago traités de la sorte, il y a eu 122 guérisons. Résultats satisfaisants dans 8 cas de sciatique sur 18 traités; succès complet dans tous les cas de migraine soumis à ce traitement. Mais la douleur provoquée par l'injection d'antipyrine était si intense que quelques malades ne sont plus retournés après la première injection. Succès également dans 1 cas de névralgie du trijumeau et dans 2 cas d'épistaxis profuse. Dans quelques cas on était obligé de répéter les injections pendant quatre jours consécutifs.

L'antipyrine attaquant l'instrument, on aura soin de nettoyer soigneusement la seringue immédiatement après s'en être servi. (*The Universal medical Journal*, IX, avril 1895, p. 115 et 116.)

Traitement de l'odeur fétide de l'haleine (*In Chronique médicale*, 1er juin 1895). — S'attaquer à la cause. En outre, pour désinfecter la cavité buccale, gargarismes avec :

1° Permanganate de potasse......	30 centigrammes.
Eau distillée....................	30 grammes.

Cinq à huit gouttes pour un verre d'eau.

2° Infusion concentrée de feuilles de sauge........................	250 grammes.
Glycérine pure.................	30 —
Teinture de myrrhe...........	12 —
Teinture de lavande...........	12 —
Liqueur de Labarraque.........	30 —

Gargarisme. Usage externe.

3° Décoction de fleurs de camomille	300 grammes.
Glycérine.......................	80 —
Eau chlorée.....................	15 —

Gargarisme. Usage externe.

4° Saccharine.................. } Bicarbonate de soude......... }	ââ 1 gramme.
Acide salicylique................	4 grammes.
Alcool bon goût................	200 —

Quelques gouttes pour un verre d'eau en gargarisme. Usage externe.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Carbonate de guaïacol dans la tuberculose pulmonaire, (O. Torstensson, *The Universal medical Journal*, IX, avril 1895, p. 116.) — Ce remède, employé par l'auteur dans un grand nombre de cas de tuberculose pulmonaire aux premier et deuxième stades, a eu pour résultats l'amélioration de l'état général des malades, l'augmentation du poids du corps et, après quelques semaines, l'atténuation des signes pulmonaires locaux.

Le carbonate de guaïacol fut administré à la dose de 1 à 2 grammes, répétée 2 fois par jour après les repas. Il va sans dire que en même temps que l'on prescrivait le carbonate de guaïacol, les autres mesures thérapeutiques et hygiéniques nécessaires n'étaient négligées non plus. Le carbonate de guaïacol était surtout associé aux injections d'acide cinnamique, ou aux lavements au carbonate de créosote. Le traitement par le carbonate de guaïacol sera continué pendant plusieurs mois sans interruption aucune.

Alcool et pneumonie. (J. Pohlman, *Medical News*, 26 janvier 1895.) — L'auteur a entrepris des recherches expérimentales sur des chiens pour élucider la cause de la gravité si connue de la pneumonie chez les alcooliques. Après avoir injecté à des animaux de diverses tailles des quantités variables d'alcool dans la trachée, il les sacrifia et soumit les poumons à l'examen macro- et microscopique. Tous les poumons étudiés étaient pleins de sang et de coloration sombre; quelques-uns étaient si condensés et dépourvus d'air qu'ils ne surnageaient plus sur l'eau. Les bronches étaient remplies de mucus sanguinolent, les alvéoles étaient à leur tour comblées de mucus sanguinolent et de globules sanguins rouges et blancs; le tissu pulmonaire était atteint d'inflammation aiguë.

S'appuyant sur ces recherches, Pohlman attribue la gravité de la pneumonie chez les alcooliques à ce que l'alcool provoquant l'état inflammatoire des tissus pulmonaires, rend les poumons moins aptes à s'opposer à l'envahissement du pneumocoque. (*Centralblatt für innere Medicin*, 1895, N° 23 p. 555.)

Maladies des enfants.

Traitement médical des végétations adénoïdes. (Dr Marage *Poitou médical*, juin 1895). — Voici la méthode que l'auteur emploie; elle est très simple et tout praticien peut l'expérimenter lui-même.

L'auteur se sert d'une solution aqueuse de résorcine (métadihydroxybenzine), dont la concentration varie entre 50 et 100 0/0. Du coton hydrophile monté sur un porte-caustique de courbure convenable, est imbibé de cette solution, les végétations sont touchées en passant derrière le voile du palais; on peut aussi faire retracter les cornets avec une solution de cocaïne et suivre la voie nasale pour pénétrer dans le pharynx : les parties touchées se recouvrent d'une croûte blanchâtre.

La douleur est nulle et dès la deuxième séance, l'enfant se laisse traiter sans protestation, la réaction inflammatoire n'existe pas; le malade peut manger ou boire immédiatement après et il n'y a pas de précautions spéciales à prendre.

En 6 à 10 séances au plus faites tous les deux ou trois jours, les symptômes disparaissent, et le malade est complètement guéri. Cette méthode exempte de tout danger peut rendre de grands services, soit que le médecin ne veut pas faire l'opération, soit que celle-ci est impossible ou dangereuse; de plus elle est applicable, quelque jeune que soit l'enfant.

Traitement de la syphilis héréditaire. — A l'enfant de cinq à six semaines, administrer dans la journée :

Liqueur de Van Swieten... XX gouttes.

En quatre fois dans du lait. Simultanément faire matin et soir, alternativement sous les aisselles, aux aines, aux jarrets, des frictions avec :

Onguent napolitain.. 50 centigrammes à 2 grammes.

Le moment propice pour les frictions est le coucher. Une seule friction par jour est suffisante. Choisir la région située au-dessous de l'aisselle; éviter les régions où l'absorption est trop facile (scrotum, aine, aisselle, régions pileuses en général). Varier le siège des frictions et changer chaque jour de côté. La friction doit durer plusieurs minutes, un quart d'heure pour les faibles doses. La partie frictionnée est ensuite couverte d'ouate et de taffetas gommé: la pommade

est laissée en place pendant huit à dix heures. Le lendemain matin, la peau est savonnée et l'enfant prend deux bains d'amidon par semaine. Le traitement ne peut durer en général plus de quatre semaines (Fournier). La dose de liqueur de Van Swieten peut être, pour les enfants à la mamelle, progressivement portée à XXX et XL gouttes administrées en quatre fois dans la journée. Ce traitement devra être continué sans interruption pendant les cinq ou six premiers mois. Il suffira, pour obtenir les bons effets d'une suspension, d'abaisser et d'élever alternativement les doses d'une façon méthodique. Le traitement mixte est commencé vers le quatrième ou cinquième mois.

Sirop de Gibert, un quart, un tiers, une demi-cuillerée à café dans un flacon contenant de l'eau. A prendre dans la journée en quatre ou cinq fois. Elever ou abaisser les doses de sirop de Gibert comme les doses de Van Swieten. A une période éloignée du début, si l'état général est bon, essayer de suspendre le traitement en redoublant d'attention.

Liqueur de Van Swieten.

De 0 à 2 ans	X à XL gouttes.
De 2 à 3 ans	XL à LX —
De 3 à 7 ans	XL à C —
De 7 à 10 ans	Une cuillerée à café.
De 10 à 15 ans	2 à 4 —

A doses fractionnées dans la journée.

Sirop de Gibert.

A 2 ans	1 cuillerée à café.
De 3 à 5 ans	2 —
De 5 à 8 ans	2 —
De 8 à 12 ans	4 —

Bains de sublimé associés au traitement interne ou aux frictions (contre-indiqués dans le cas d'ulcération des téguments).

Sublimé corrosif	2	grammes.
Alcool	30	—
Mêlez.		

Pour un bain d'un quart d'heure.

Bichlorure de mercure	3	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	6	—
Eau	2500	—
Mêlez.		

Pour un bain tiède de dix minutes tous les deux jours (baignoires en bois). Supprimer l'administration des bains à la moindre irritation intestinale. S'il se produit une diarrhée persistante, suspendre l'administration du mercure à l'intérieur, le remplacer par des antidiarrhéïques, mais continuer les frictions mercurielles (Jules Simon).

Traitement général indirect. — Administrer le mercure à la mère ou à la nourrice. Quand elles sont syphilitiques, administrer l'iodure de potassium ou faire des frictions mercurielles à une chèvre ou à une ânesse.

Traitement local. — Plaques muqueuses : attouchements légers avec le crayon de nitrate d'argent. Poudre d'iodoforme. Calomel. Ulcérations : lotions avec l'eau phagédénique du Codex :

Sublimé corrosif	25	centigrammes.
Eeu de chaux	100	grammes.
Mêlez.		

Tumeurs osseuses saillantes : applications d'emplâtre de Vigo. Décollement d'une épiphyse : immobilisation du fragment avec un petit bandage inamovible légèrement compressif laissé en place jusqu'à la consolidation. Si l'épiphyse est complètement séparée du reste de l'os, l'enlever chirurgicalement comme un corps étranger (Taylor). (*Journal de clin. et de Thérap. infant.*)

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 163.8.95.



THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas de hernie inguinale avec ectopie testiculaire ayant déterminé l'hystérie, l'éthéromanie et l'alcoolisme chez un homme de 32 ans. Guérison par la cure radicale de la hernie.

Par le Dr Delagénière,
Ancien interne des hôpitaux de Paris. Chirurgien au Mans,

et A. Bolognesis,
Interne des hôpitaux de Paris.

A Cooper a donné le nom *d'irritabile testis* à une affection dans laquelle le testicule peut être le siège de névralgies dites essentielles, l'organe ne présentant aucune lésion pouvant expliquer ce symptôme. A propos de ces névralgies testiculaires, Charcot et Terrillon ont montré qu'il pouvait exister des orchialgies semblables aux névralgies ovariennes de l'hystérie; un frôlement, la moindre pression de l'organe provoque dans ces cas une souffrance angoissante et une crise nerveuse se déclare; la douleur née dans le testicule précède et annonce, comme l'aura, l'attaque convulsive. Les neuropathologistes s'accordent tous à dire que chez un hystérique, le testicule peut en effet être le siège d'une hyperalgésie qui joue le rôle de zone hystérogène, l'hyperalgésie siégeant dans le parenchyme de l'organe. Le testicule douloureux peut-il, à lui seul, déterminer l'hystérie chez un sujet non prédisposé et nullement en puissance de la névrose? On a cité parmi les agents provocateurs de l'hystérie, les maladies des organes génitaux comme prédisposant à l'hystérie au même titre que toutes les affections débilitantes.

Nous avons eu l'occasion d'observer un homme de 32 ans, atteint de hernie inguinable congénitale avec ectopie testiculaire qui, à la suite des douleurs provoquées par cette hernie, devint hystérique.

Le testicule ectopié était le siège d'une hyperalgésie telle que la pression au niveau de la hernie provoquait instantanément une attaque paroxystique de grande hystérie convulsive.

Cet homme à la suite des souffrances qu'il endurait était également devenu alcoolique et ethéromane, double intoxication qui n'était pas faite pour atténuer sa névrose. La cure radicale de la hernie amena la guérison complète de tous les phénomènes présentés par le malade.

Voici son histoire :

Observation. — M. J. L..., âgé de 32 ans, demeurant à Rennes, entre à la maison de santé du docteur Delagénière, du Mans, pour une hernie inguinale droite dont il veut se débarrasser.

Antécédents héréditaires. — Les antécédents héréditaires sont excellents. Les grands parents sont tous morts âgés. Son père a 58 ans et jouit d'une santé parfaite. Sa mère a 60 ans et se porte très bien. Il a un frère de 25 ans très bien portant. Pas de nerveux, pas d'alcooliques dans la famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. L..., qui s'est toujours bien porté, entre à l'âge de 14 ans comme fondeur dans une usine de Rennes.

Vers 15 à 16 ans, il s'aperçoit qu'il avait par moment, surtout à la suite d'efforts, une petite grosseur douloureuse dans l'aine droite ; cette douleur temporaire ne l'empêchait pas de pratiquer son métier.

A 18 ans, il remarque avec étonnement qu'il n'avait qu'un testicule à gauche, bien que son scrotum soit parfaitement

conformé, de grandeur normale, avec le raphé médian habituel, etc. A cette époque, il s'était parfaitement aperçu que, dans l'anneau inguinal droit, s'engageait par instant une petite boule de la grosseur d'une noix, excessivement douloureuse quand on exerçait la moindre pression sur elle. A cette époque, cette constatation lui fit changer de profession et il entra comme commis chez un architecte de Rennes.

Cette nouvelle profession exigeant moins d'efforts que le métier de fondeur, L..., vit tranquillement avec son affection sans présenter le moindre trouble dans sa santé générale.

Mais, à l'âge de 25 ans, à la suite de tracas et d'ennuis, il devient un peu excitable, se fâche facilement, présente de la somnolence et de l'inappétence au travail.

Vers cette époque il s'était marié et sa femme, d'une excellente santé, lui donna deux enfants, une fille âgée de 6 ans d'un caractère très calme et un garçon de 5 ans un peu plus vif. Ces deux enfants, de même que la mère, ne présentent aucun symptôme de névropathie et jouissent d'une bonne santé. Cet état de facile excitabilité et d'irascibilité, reste peu prononcé jusqu'à l'âge de 26 ans, époque à laquelle la névropathie de L... fait des progrès, car sa hernie s'était développée, était devenue plus douloureuse et le malade commençait à s'en inquiéter.

Le matin en se levant, L... ressentait une douleur vive au niveau de sa grosseur et était pris d'une crise nerveuse qui commençait par des bouffées de chaleur dans la tête, des battements dans les tempes, une sensation d'angoisse et des phénomènes d'étouffements qui semblaient résulter d'une boule qui partait de son côté droit et lui montait dans la gorge, puis il était pris de contractures des membres et la crise qui durait environ une demi-heure au maximum se terminait par une agitation des membres, suivie d'une abondante émission d'urine et tout rentrait dans l'ordre.

Il est bon de dire qu'à cette époque, à cause de ses crises

nerveuses, le malade était devenu éthéromane, l'éther amenant un soulagement à son état.

De plus, avec l'état nerveux, l'appétit avait diminué et l'inappétence était telle que pour remédier à cette anorexie, L... s'était mis à boire tous les matins et le midi, une tasse de café noir très fort dans laquelle il ajoutait à chaque fois un bon verre d'eau-de-vie à 50 degrés, puis il faisait des trempettes de pain dans ce café alcoolisé.

Ce régime n'avait fait qu'accroître l'anorexie et le malade continuant à souffrir et à présenter des phénomènes nerveux se décida à aller consulter un médecin de Rennes qui le rassura lui disant que cela n'était rien et que, par une médication bromurée, tous ces symptômes nerveux disparaîtraient ; pour sa hernie, il n'en fut pas question, et on ne parla ni de bandage ni d'opération. L'état du malade ne fut nullement amélioré, le régime du café alcoolisé et de l'éther fut continué et le malade finit par présenter, vers 30 ans, des phénomènes nullement douteux d'alcoolisme. De temps à autre, il avait des pituites le matin, avec pyrosis, mais sans cauchemar la nuit, le sommeil était ou bon ou nul ; parfois L... se plaignait de crampes dans les jambes.

Son état continuant à l'inquiéter, L... conseillé par un opéré du docteur Delagénière pour une hernie avec ectopie testiculaire, se décide à venir au Mans pour se faire opérer. L... est examiné et le docteur Delagénière, en explorant la hernie, voit tout à coup le malade pousser un cri, par la douleur causée par la pression, puis ses muscles abdominaux sont pris de trémulations qui montent par ondes successives jusqu'à l'épigastre ; le malade, anxieux, est en proie à une sensation d'étouffement, comme si quelque chose le serrait au creux épigastrique puis viendrait lui serrer la gorge ; enfin il est pris de convulsions toniques, puis de convulsions clowniques pendant quelques instants et tout se termine bientôt sans morsure de la langue, sans écume de la bouche, sans sommeil et sans obnubilation du malade qui garde sa connais-

sance pendant toute la crise dont la durée est d'un quart d'heure. Chaque pression exercée au niveau du testicule ectopié renouvelle l'accès paroxystique. Le docteur Delagénière constate ce fait et m'en parle le lendemain jour de l'opération. Le malade est tout préparé et je me dispose à lui administrer du chloroforme. Je trouve le malade dans un état d'agitation extrême; toute la nuit il a pensé à son opération et n'a pas dormi, sa crainte est excessive ; il est agité d'un tremblement général; ce que m'a appris Delagénière, à propos des crises provoquées par la pression au niveau de la hernie, me fait songer à l'hystérie, car les antécédents alcooliques du malade nous sont inconnus, L... ne s'en étant nullement vanté. Aussi la chloroformisation se faisant vite et bien chez les nerveux, nous persuadons le malade par le raisonnement, lui disant qu'il va être rapidement endormi et ne s'apercevra de rien. Je commence à lui appliquer le masque de l'appareil de Juncker. Au bout de quelques instants, le sujet est pris d'une excitation extraordinaire avec mouvements désordonnés, jactance continue, sueurs abondantes. Au bout de deux à trois minutes de chloroformisation, l'excitation diminue un peu et on monte le malade sur la table d'opération. La chloroformisation est continuée, mais la période d'excitation se prolonge pendant toute la durée de l'opération; la résolution musculaire et l'insensibilité sont obtenues, mais le malade ne dort pas et parle sans cesse. Cependant, il n'accuse aucune souffrance et l'opération s'effectue sans alerte. Mais le moment psychologique apparait avec l'intervention testiculaire. L'opérateur touche le testicule et exerce une pression sur cet organe, pression qui détermine une légère douleur accusée par le malade, mais ne provoque pas de crise convulsive hystérique comme à l'état normal. Le chloroforme a enlevé le pouvoir hystérogène à la pression testiculaire.

L'opération faite par le docteur Delagénière a été ainsi pratiquée :

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION :

Opération le 1er septembre 1894. — Chloroforme par M. A. Bologuesi, interne des hôpitaux de Paris; assistance par M. Crétin. Je pratique une incision de 10c sur le trajet du canal inguinal, puis recherche le sac en incisant successivement les différents feuillets. Le sac est alors ouvert puis le testicule recherché. Ce dernier est complétement caché dans l'abdomen, en arrière du pubis; pour l'atteindre je suis obligé d'inciser la paroi abdominale dans une étendue de 4c environ, je puis alors amener le testicule dans la plaie et l'enlever en formant au-dessous un pédicule sur un fil à boucle passée (1). Je dissèque puis résèque le sac, et le péritoine qui circonscrit l'ouverture faite à l'abdomen; enfin je referme la plaie par une suture à 3 étages, comme pour une laparotomie. Je fais ainsi un surjet au catgut sur le peritoine, reconstitue la paroi et le canal inguinal par 9 points de sutures doubles au catgut, enfin je réunis la peau avec des crins de Florence sans faire de drainage; pansement avec compresses stériles et ouate stérélisée : durée de l'opération, 35 minutes chloroforme environ: 30 grammes.

Pièce. — Le testicule enlevé a son volume normal, l'épididyme est atrophié et le canal déférent semble s'aboucher directement dans la glande — Pas d'autre particularité.

Suites opératoires. — L'opération a eu lieu le 1er septembre 1894 à 11 heures du matin, et le soir le malade encore sous le coup de la chloroformisation était somnolent et ne se plaignait de rien, sa température était de 37°2. La nuit fut

(1) Voir pour la description du nœud à boucle passée *Arch. prov. de chir.*, mars 1895, p. 187 et suivantes.

bonne et le lendemain 2 septembre, le malade avait comme température matinale 37 degrés. Tout à coup, vers deux heures de l'après-midi, le malade se réveille en sursaut et est pris d'une agitation extrême avec mouvements désordonnés et il pousse des cris effroyables.

Il répond cependant aux questions qu'on lui adresse et nous raconte que des cauchemars affreux viennent troubler son sommeil. Des personnes ennemies lèvent son lit, le prennent et cherchent à le tirer hors du lit et à le jeter par la fenêtre. Puis des animaux qu'il compare à des araignées très grosses, du volume du poing, se promènent sur son lit, courent sur lui et il cherche à s'en débarrasser en poussant des grands cris. Son agitation est continue; cependant la température vespérale est de 37°1. La nuit est aussi agitée, le malade est en proie à un délire furieux et le matin la température est de 37°7. La journée est semblable, mais vers le milieu de la journée, la température s'est élevée à 41 degrés. Le malade cherche à sortir, se débat, est couvert de sueurs, ses yeux sont hagards, il ne reconnaît plus les personnes qui sont autour de lui et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Nous venons voir le malade à 6 heures du soir et en présence des phénomènes qu'il a présentés, de l'aspect du malade, nous n'hésitons pas à faire le diagnostic de delirium tremens et nous traitons le malade dans ce sens. On lui applique la camisole de force lâchement serrée afin d'éviter des accidents et on fait surveiller attentivement le malade par une sœur qui ne quitte pas le lit du délirant, et est chargée de lui administrer des boissons alcooliques et une potion opiacée jusqu'à concurrence de 0 gramme 20 centigrammes d'extrait thébaïque par 24 heures. Grâce à ce traitement, la nuit est meilleure, la température matinale du mardi 3, est redevenue normale, mais dans la journée le malade continue à être encore agité et monte le soir à 38°7. On ne remarque rien d'anormal du

côté du pansement. Enfin la nuit du mardi au mercredi est bonne et nous trouvons le mercredi matin le malade calme, sans agitation, avec une température normale qu'il continue à présenter les jours suivants. Le malade a de l'appétit, se sent bien et ne se plaint nullement de son opération. Ce bon état général persiste pendant les jours qui suivent; la cicatrisation de la plaie opératoire est en bonne voie. On peut toucher à la cicatrice, la palper, la presser sans déterminer aucun phénomène, ni douloureux, ni névropathique. L'opéré quitte la maison de santé en bon état de guérison complète le dimanche 16 septembre. Il dort bien, mange bien et ne présente aucun trouble de la sensibilité ni des sens, la langue est encore tremblotante; il persiste un léger tremblement des mains. Je reçois le 26 octobre, de Rennes, une première lettre de Leg.... qui m'annonce que depuis son opération il marche bien, ne se fatigue plus, ne ressent même pas la plus petite douleur; de plus, son sommeil est très bon et il ne se rappelle pas avoir eu un appétit semblable, il n'a plus de maux d'estomac, de tête, etc., etc., les tremblements ont complètement disparu. Il se porte aujourd'hui très bien.

Conclusions

Cette observation présente plusieurs points intéressants à considérer.

Tout d'abord, il y a lieu de se demander si cet homme ne présentant aucun antécédent héréditaire névropathique n'est pas devenu hystérique, du fait même de sa hernie ayant amené des phénomènes douloureux du côté de son testicule en ectopie.

On peut de suite éliminer les névralgies testiculaires avec lésions du plexus spermatique, cas pour lesquels la castration a été faite à maintes reprises et sans succès.

Notre malade n'a-t-il pas guéri radicalement après son opération ?

Nous ne sachons pas qu'il existe beaucoup de cas semblables au nôtre dans la science, car nous n'en avons trouvé nulle part de relaté dans les ouvrages scientifiques. Les livres de chirurgie consacrent bien un chapitre au testicule irritable, mais il n'est pas fait mention du testicule en ectopie, et dans les cas signalés, le testicule occupait sa place dans le scrotum. Nous pensons que cette ectopie testiculaire avec hernie inguinale est la seule cause qu'on puisse invoquer comme agent provocateur de l'hystérie chez notre malade, car l'intoxication par l'alcool et l'éther qui pourrait aussi être ici mise en cause est postérieure aux premiers phénomènes hystériformes présentés par le malade.

On peut cependant admettre que cette double intoxication a pu considérablement accroître l'ébauche d'hystérie du début chez notre sujet.

Nous tenons à faire remarquer, de plus, que notre malade a eu une attaque de delirium tremens postopératoire avec une température très élevée, comme c'est la règle d'ailleurs, mais que cette température qui est montée à 41 degrés donnait de grandes inquiétudes et au chirurgien et au médecin, car il est de pratique courante que lorsqu'un delirium tremens s'accompagne d'une élévation aussi considérable de la température avec persistance et augmentation, le malade peut être considéré comme perdu. Mais dans notre cas, sans doute grâce au traitement institué, la température était retombée à la normale le lendemain matin pour remonter à 38°7 le soir, mais devenir normale le surlendemain. Comme conclusion, nous pouvons dire que l'ectopie testiculaire avec hernie est capable de provoquer l'hystérie chez un sujet indemne de tout phénomène névropathique et nullement prédisposé à la névrose. Dans ce cas, le testicule est le siège d'une hyperalgésie très manifeste et

joue le rôle parfait de zone hystérogène pouvant amener la grande attaque convulsive de l'hystérie. La cure radicale de la hernie avec extirpation du testicule peut amener la guérison complète des phénomènes névropathiques. La conservation du testicule en pareil cas pourrait être dangereuse, car on laisserait en place un organe, qui, même sain en apparence et assez développé pour rendre des services au sujet, pourrait être une cause persistante de la névrose.

Traitement des abcès du conduit auditif,

Par le Dr A. Courtade,
ancien interne des hôpitaux.

Le conduit auditif externe est assez fréquemment le siège d'affections inflammatoires localisées et primitives, comme les abcès et furoncles.

Bien que dans l'immense majorité des cas les abcès du conduit n'entraînent point la mort — on a cité cependant des issues mortelles par phlébite du sinus latéral — ils réclament pourtant un traitement méthodique tant à cause de la violence des douleurs que par la longue durée de l'affection abandonnée à sa marche naturelle.

Personne n'ignore, en effet, que les furoncles ont une grande tendance à se multiplier par suite de l'inoculation des microbes pathogènes dans les régions voisines du furoncle primitif; aussi, y a-t-il grand intérêt à combattre l'affection avant qu'elle n'ait gagné les parties voisines du point de départ.

La distribution anatomique des poils et glandes du conduit détermine le siège de ces phlegmasies du méat, puisque

les abcès et furoncles ne sauraient se produire là où il n'y a ni glandes ni follicules pileux; on peut donc les observer dans toute la portion cartilagineuse du conduit. Dans la partie osseuse il n'y a qu'une région très limitée qui est pourvue de ces annexes du système cutané; c'est une languette de 3 millimètres environ de largeur qui parcourt la face supérieure du conduit et qui se continue jusqu'au tympan; cette bande cutanée pourvue de glandes peut donc être le siège d'abcès très profonds. Nous avons observé seulement quelques cas d'abcès siégeant à la face interne du tragus; le plus souvent, c'est le conduit auditif proprement dit qui en est le siège primitif.

Comme nous n'avons point l'intention de traiter à fond ce chapitre, nous serons bref sur l'étiologie. Généralement, les abcès du conduit succèdent à une lésion de grattage par des corps rugueux qui éraillent l'épiderme, lésion qui sert de porte d'entrée aux nombreuses variétés de microbes, qui existent normalement dans le cerumen. Pasteur a démontré que le pus des furoncles contenait le micrococcus pyogènes aureus. Certaines lésions de la peau du conduit facilitent cette inoculation, notamment l'eczéma et la dermatite qui survient dans les otites suppurées anciennes, soit parce que le prurit qui accompagne ces affections oblige à un grattage impérieux, soit parce que l'altération de la peau offre un terrain propice à l'inoculation spontanée des sécrétions infectieuses.

Nous n'avons point observé, comme certains auteurs l'ont signalé, des épidémies de furoncles pas plus que la prédominance de cette affection du conduit à certaines époques de l'année.

On peut diviser la marche des furoncles et abcès du conduit auditif en trois périodes, ce sont : la période de début ou d'état latent; la période où l'abcès est manifeste et enfin la période de déclin.

Nous serons brefs sur les symptômes généraux qui sont ceux qui accompagnent toutes les inflammations localisées tels que : douleur, fièvre, insomnie, perte d'appétit etc., etc., dont l'intensité variable est subordonnée au siège et à l'étendue de la lésion, à l'âge et au tempérament du sujet.

Ces symptômes qui n'ont rien de caractéristiques doivent céder le pas devant les symptômes objectifs qui, seuls, nous permettent d'établir le diagnostic et de diriger la thérapeutique,

Au début, le malade se plaint de douleurs lancinantes plus ou moins vives dans le conduit auditif. A l'examen, on peut ne constater qu'un léger gonflement étendu à une assez grande surface de la couche cutanée; si le malade n'a pas déjà traité à sa manière, ce qui est fréquent, les douleurs, par des instillations huileuses ou autres, on peut observer la rougeur de la peau; dans le cas où des bains ou instillations répétés ont été faits, la couche épidermique imbibée se desquame et forme une nappe blanche peu adhérente.

Dans cet état, il est bien difficile, dans la plupart des cas, de déterminer le siège exact de l'abcès, en raison de l'étendue du gonflement qui est à peu près uniforme sur une grande surface; l'œdeme ou l'infiltration collatérale vient masquer la saillie légère que ferait l'abcès à son début.

On peut alors essayer de faire le diagnostic du siège de l'abcès par l'exploration avec le stylet boutonné. Le speculum auris étant introduit avec précaution, on cherche avec le bout du stylet quel est le point du conduit dont la pression est la plus douloureuse; le siège du maximum de douleur à la pression donne une indication et non une certitude. Fréquents sont les cas où le malade accuse une douleur égale quand on comprime des points opposés ou éloi-

gnés l'un de l'autre, ce qui enlève toute valeur aux renseignements fournis par le patient.

Cet état d'incertitude peut persister plusieurs jours, mais généralement du 3e au 5e jour la tuméfaction s'accentue au niveau de l'abcès et forme un relief assez accusé pour qu'il n'y ait point d'hésitation sur le siège de la phlegmasie.

Tandis que le point de départ des abcès peut être la couche la plus profonde des glandes très nombreuses qui garnissent le conduit auditif, (ce qui explique la diffusion de l'œdème collatéral), le furoncle lui, est plus superficiel puisqu'il siège au niveau des follicules pileux; aussi, la période d'état latent est-elle plus courte.

Le furoncle forme une saillie acuminée très nette quand il est unique, mais s'accompagne aussi de gonflement périphérique plus ou moins étendu, quand il a infecté les régions voisines par inoculation du pus. Il est fréquent de voir deux furoncles ou plus, siégeant sur les parois opposées du conduit et à des périodes différentes de leur évolution.

A la période d'état, l'aspect du conduit est des plus variables; cela dépend du nombre, du volume et du siège des abcès ou furoncles.

Si le furoncle est unique et siège à l'entrée du méat, il forme une saillie arrondie qui transforme la lumière ronde du conduit en un espace en forme de croissant dont il occupe la concavité.

Si deux furoncles occupent les parois opposées, l'espace libre, a la forme d'un sablier dont la partie la plus étroite correspond aux sommets des furoncles.

Dans d'autres cas, l'entrée du méat est complètement obturée et rend toute exploration profonde impossible.

Nous avons vu plusieurs cas où l'abcès était allongé suivant l'axe du conduit et dont l'extrémité extérieure ve-

nait affleurer l'entrée du méat; en général, cette forme siège sur la paroi inférieure.

Le conduit auditif peut être libre dans sa moitié externe, quand l'abcès siège sur la bande cutanée de la paroi supérieure et près du tympan. Cette forme de furoncle ou abcès peut provoquer, comme Walb l'a indiqué, une otite moyenne suppurée soit générale, soit limitée à l'attique; son importance clinique découle de la gravité de cette complication.

Lorsque l'affection n'a pas été soignée à temps, elle peut s'étendre à tout le conduit auditif qu'elle obture presque complètement; sa durée est alors illimitée; car un abcès est-il guéri, que la région voisine s'enflamme à son tour et continue le cycle inflammatoire, de sorte que le patient souffre des semaines et même des mois. Il est vrai que, généralement la violence des douleurs le réveille de son indifférence et l'oblige à se soigner plus tôt.

La troisième période, ou de déclin ne mériterait pas une mention spéciale, si elle n'était marquée par un retour agressif de l'affection, assez fréquent, quand le malade cesse trop tôt les pansements, parce qu'il se croit complètement guéri.

Le diagnostic différentiel des abcès du conduit ne présente pas, le plus souvent, de grandes difficultés.

Un simple coup d'œil suffit, dans bien des cas, pour établir l'existence ou l'absence d'un abcès dans le conduit. Il n'en est pas de même au début d'un abcès qui se forme dans les régions profondes du derme, la période latente peut alors durer plusieurs jours.

En pareille circonstance on pourrait le confondre avec les douleurs névralgiques du conduit qui sont si fréquentes dans la carie dentaire, les laryngites tuberculeuses, les affections malignes de la langue. Mais dans l'otalgie, le conduit auditif est normal comme aspect; pas le moindre gonflement des parties molles, pas de rougeur; la pression

avec le stylet réveille une douleur assez vive quand on presse sur l'une des parois, généralement la postérieure; de plus, les douleurs sont, ou franchement intermittentes ou apparaissent à l'occasion d'un mouvement de déglutition (tuberculose laryngée) ou du contact de la carie dentaire avec un corps dur ou froid.

Il survient parfois dans le cours des otites suppurées un gonflement notable des parties molles du conduit que l'on pourrait prendre, à un examen superficiel, pour un abcès au début, d'autant plus que celui-ci peut se produire dans pareilles conditions.

Dans l'otite externe secondaire, le gonflement peut occuper une très grande étendue; il est plus marqué dans le voisinage du tympan là où les abcès ne se rencontrent pas (sauf sur la paroi supérieure), que près de l'orifice externe du méat qui est le siège de prédilection des abcès et furoncles.

Traitement. Le traitement des abcès et furoncles du conduit doit être étudié à chacune de ses périodes.

On peut essayer de faire avorter l'abcès en badigeonnant la partie enflammée avec une solution de nitrate d'argent au 1/10, ou en y plaçant une boulette d'ouate hydrophile imbibée de glycérine phéniquée au 1/20 ou de salol camphré, etc.

Depuis 1893 (1), nous employons le tubage qui consiste à introduire dans le méat un drain de caoutchouc à paroi épaise et d'un diamètre assez grand pour que les parois du conduit soient légèrement dilatées. La compression permanente qu'exerce le tube, favorise la résorption de l'infiltration et, dans bien des cas, peut faire avorter l'abcès. Cette heureuse terminaison ne se produit que lorsque le tubage est employé dans les premiers jours, avant la formation

(1) *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, 1893.

du pus; plus tard, il n'empêche pas la collection de se former, et peut même la refouler en dehors du conduit, derrière le lobule.

Les douleurs qui suivent l'introduction du tube peuvent persister quelques heures ou une journée, puis disparaissent si l'infiltration se résorbe.

Dans le cas, au contraire, où le pus se collecte, les douleurs peuvent être continues et obliger à retirer momentanément le tube afin de laisser à l'abcès une place suffisante pour former une tumeur saillante dans le conduit auditif.

Les douleurs acquièrent chez certains malades une violence extrême qui leur enlève tout repos. Les moyens de les combattre sont nombreux : application de 2 à 3 sangsues au devant du tragus, réplétion fréquente du conduit auditif avec de l'eau boriquée chaude, cataplasmes faits avec une solution antiseptique et appliqués sur l'oreille.

Parfois l'application du froid procure un soulagement qu'on n'obtient pas avec la chaleur; la réfrigération intermittente peut être produite par l'application de compresses imbibées d'eau très froide ou de l'appareil de Leiter qui est composé d'un tube métallique roulé en spirale, dans lequel circule continuellement de l'eau qui provient d'un réservoir placé au-dessus de la tête du malade.

Les agents médicamenteux introduits dans l'oreille sont variés. En dehors des solutions antiseptiques chaudes, l'alcool absolu est employé par Weber Liel, Urbantschitsch; M. Gellé fait instiller dans l'oreille la solution suivante : sulfate neutre d'atropine 20 centigrammes, eau 20 grammes; Gruber emploie une des formules ci-dessous :

Acétate de morphine................	20 centigr.
Eau distillée...........................	20 grammes.

ou

Extrait thébaïque......................	20 centigr.
Eau distillée...........................	20 grammes.

Il emploie aussi des ovules à base de gélatine contenant chacun 1 centigramme de chlorhydrate de morphine ou de cocaïne.

Politzer introduit dans le méat une boulette d'ouate imbibée de quelques gouttes de la solution suivante :

Laudanum de Sydenham............	4 grammes.
Eau distillée.........................	40 —

ou bien un morceau de lard taillé en pointe et enduit de la pommade suivante :

Acide borique.......................	1 gramme.
Acétate de morphine................	20 centigr.
Vaseline.............................	20 grammes.

Dans bien des cas, au lieu de s'attarder à ces moyens palliatifs, il y aura intérêt à intervenir plus énergiquement.

Une question se pose qui n'a pas encore rallié l'avis unanime des auristes, c'est celle de l'ouverture de l'abcès, à la période latente, alors que le diagnostic de siège ne peut être posé avec certitude. Les uns, comme Politzer, Hartmann sont partisans de l'incision précoce, d'autres attendent que le pus se soit collecté et ait formé une saillie appréciable. Nous avons pratiqué, à plusieurs reprises, une incision sur le point où nous croyions, d'après l'examen, que le pus devait se trouver ; il ne sortait que du sang, mais les douleurs étaient diminuées par l'opération. Ce mode d'intervention bénin mais douloureux, peut donc être utile dans certains cas en préparant une voie de sortie au pus qui est dans le voisinage.

A la deuxième période, lorsque l'abcès forme une saillie évidente, il n'y a pas lieu d'hésiter, il faut ouvrir la collection. Puis, si la tuméfaction est telle que le conduit auditif est presque fermé, on doit pratiquer à nouveau le tubage qui permet de faire des injections antiseptiques.

On comprend sans peine que, lorsque le gonflement inflammatoire est assez prononcé pour obturer le méat, les injections ordinaires ne peuvent pénétrer au-delà de l'obstacle pour en chasser le pus; c'est pour cela que Politzer les proscrit en les accusant de provoquer de nouveaux abcès; mais il n'en est plus de même lorsque le conduit est dilaté par l'application d'un tube qui permet au liquide antiseptique de balayer le pus qui séjourne dans le fond et d'éviter ainsi de nouvelles infections.

On le laisse en place tant qu'il s'écoule du pus ou lorsqu'il n'y a plus à craindre que le conduit s'obture à nouveau.

Lorsque l'abcès est situé à l'entrée du méat le tubage est souvent inutile; il suffit alors, après incision, de badigeonner l'intérieur de la poche avec un petit tampon d'ouate imbibé de salol camphré pour amener une guérison rapide; on y adjoindra un pansement avec de la gaze iodoformée que l'on changera au moins tous les jours.

Le traitement des abcès à la troisième période ne diffère en rien de celui de la période d'état ; il faut seulement se rappeler que les pansements ne doivent pas être abandonnés trop tôt, si on ne veut pas voir une rechute se produire.

Après la guérison de l'abcès, l'épiderme du conduit se desquame, le prurit est plus ou moins intense. Il faut se garder de calmer la démangeaison en grattant avec un corps rugueux qui peut excorier la peau et provoquer une nouvelle inflammation. On calmera le prurit en introduisant dans le méat une boulette d'ouate ou une petite éponge imbibée d'une solution chaude de sublimé ou d'acide borique et en faisant ensuite une onction avec la pommade suivante :

Oxyde de zinc........................	1 gramme.
Vaseline blanche......................	10 grammes.

On ne doit pas oublier non plus que les débris épidermiques peuvent s'accumuler dans le fond du conduit, tout près du tympan, et donner lieu à une diminution de l'ouïe.

Si l'abcès du conduit se complique d'otite moyenne, il faudra diriger le traitement contre cette complication.

Dans certains cas, relativement rares, les abcès et furoncles du conduit apparaissent dans le cours de l'otite moyenne suppurée soit sans raison appréciable, soit à la suite de pansements irritants ou l'usage de poudre d'acide borique ou d'iodoforme.

Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons exposé; le tubage est alors formellement indiqué pour donner issue au pus qui provient de l'oreille moyenne; les injections antiseptiques avec le sublimé ou l'acide borique ou la microcidine, la résorcine etc., seront pratiquées assez fréquemment pour empêcher la stagnation du pus.

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAN'HADOUR, médecin de la marine.

(suite).

§ III

MÉTHODE MÉDICALE — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Il est intéressant de connaître et de suivre la méthode clinique de la médecine annamite. J'ai souvent accompagné des praticiens indigènes dans leurs visites de clientèle, et j'ai eu la bonne fortune de suivre l'un des médecins

très réputé de Dap Lau. Cette localité située aux portes de Bac-Ninh, ancienne résidence d'été du vice-roi du Tonkin, est restée un centre intellectuel, un foyer de civilisation et d'éducation très Annamite.

La base du diagnostic, c'est l'examen du pouls.

L'examen du pouls est doctrinal et bien réglé, il se fait avec les trois doigts, index, médius et annulaire, posés sur la radiale.

Cet examen se fait aussi, mais plus rarement, et dans certains cas spéciaux, la folie par exemple, au niveau de l'artère temporale, ou encore des carotides et de la pédieuse.

L'opération se fait avec un certain cérémonial. Le malade est couché, l'un des bras est étendu la paume de la main en haut « supination » ; un coussin glissé sous le coude maintient le membre immobile et bien horizontal.

Il n'est pas indifférent de tâter le pouls à droite ou à gauche. L'examen doit débuter à droite pour les hommes, et par la radiale gauche chez les femmes ; les sept esprits de l'homme siégeant d'un côté du corps, et les neuf esprits de la femme de l'autre côté.

Les données fournies par les deux radiales sont différentes, nous le verrons.

L'artère est saisie des trois doigts, et légèrement comprimée sur le plan osseux, puis lâchée et reprise, pour saisir toutes les nuances de ses pulsations. Ceci fait, le médecin indigène pianote pour ainsi dire l'artère, il l'abandonne successivement de l'un ou de l'autre des doigts, pour substituer à l'impression première générale, celle produite successivement sur l'index, le médius ou l'annulaire isolés.

Au point de vue Annamite, ce dernier détail a une importance capitale. Chacun des doigts explorateurs touche en effet une région différente du pouls, qui répond à des organes bien déterminés.

La partie la plus proche de la main répond au cœur, et renseigne sur son état, la partie extrême, la plus rapprochée de la racine du bras répond au rein, la partie moyenne intermédiaire renseigne sur l'état du foie. Ceci pour la radiale gauche. Si nous interrogeons le bras droit, nous aurons les données suivantes : le pouls répond successivement de haut en bas, à l'estomac, au poumon et à la vessie.

Le pouls ainsi exploré donne naissance à des distinctions qui ne sont pas sans rapports avec nos vieilles et multiples nuances sur le même sujet.

Les Annamites décrivent avec complaisance un pouls petit et intermittent qu'ils comparent, non sans une certaine joliesse, au moineau qui picore le grain, ce pouls est d'un pronostic fâcheux. Une autre variété est assimilée à l'eau qui tombe goutte à goutte d'une toiture.

Selon le caractère du pouls examiné avec trois doigts ou un seul, selon le côté sur lequel a porté l'examen, se fait le diagnostic.

Le pouls examiné àdroite chez un homme, est-il parfaitement senti de deux des doigts, imparfaitement de l'autre, c'est l'intestin qui est malade.

Chez l'enfant le pouls n'est pas examiné à la radiale, mais à la temporale. Le plus souvent on substitue à cet examen celui des plis de flexion des doigts. Chaque pli de flexion des phalanges a son nom, nous l'avons vu : Khi, Menh, Phan, tels sont ces noms.

Le diagnostic est tiré ainsi que le pronostic, de la couleur des vaisseaux vus par transparence à ces divers niveaux.

Si le premier pli de flexion de la première phalange sur le métacarpe est violet ou bleu, la maladie est curable, si le pli au-dessus a la même couleur, le cas est déjà plus

grave, si le troisième pli de la dernière phalange sur la deuxième prend la même teinte, le pronostic est fatal.

A côté du pouls, les signes extérieurs sont souvent fort bien notés, assez pour permettre de placer une étiquette sur toutes leurs espèces.

La toux, l'aspect du visage, la température, l'habitus extérieur, l'aspect et la couleur des déjections sont fort bien indiqués. La diarrhée lientérique, par exemple, est bien précisée par le caractère spécial des selles.

Les maladies éruptives sont parfois l'objet d'une spécialisation poussée très loin des caractères de l'exanthème. La variole par exemple qui est fort bien étudiée, étant très répandue, est fouillée dans les moindres détails de l'éruption.

Les livres de médecine figurent avec un pronostic différent les éruptions confluentes et discrètes. La forme et la couleur des boutons sont des signes bien indiqués. La forme hémorragique est différenciée de la papule régulièrement ombiliquée. De nombreuses figures sont jointes au texte.

L'on voit à côté de ces distinctions légitimes d'autres qui sont puériles, ce sont celles qui portent sur le point d'origine de l'éruption.

Si l'exanthème débute autour de l'ombilic, ce sera une forme grave, si le nez est le premier pris, il n'y a pas de complications à craindre.

Ainsi donc, toujours le même mélange intime d'expérience et de pénétration, et d'idées *à priori*, de données aussi imprévues que formelles et absolues.

La température du corps entre en ligne de compte dans l'examen clinique. Elle est appréciée au toucher, comme chez nous avant les instruments précis, avec le dos de la main.

L'état de sécheresse ou de moiteur de la peau est noté en même temps.

Le diagnostic est donc souvent basé sur tout un ensemble de symptômes, prenons un exemple : Pouls faible. Il faut appuyer jusqu'à l'os pour le sentir : manque d'appétit et toux, maladie due à la mauvaise nourriture.

Le nom même des maladies porte le cachet de cette méthode des signes extérieurs et frappants.

Le leucome s'appelle œil blanc. L'allure rapide d'une maladie est indiquée par le nom. La syphilis grave d'emblée porte, après le terme générique *Tim, la* le qualificatif, qui éclate comme un pétard. Une autre maladie sera désignée par cette appellation : qui galope comme un cheval.

Les maladies sont groupées par classes, l'on retrouve dans la classification la préoccupation de l'étiologie.

La classe la plus nombreuse est celle des maladies dues au *Thông Phong*, ou mauvais vents. Les mauvais vents se divisent en vents chauds, humides et froids, qui se combinent diversement pour produire les maladies. La variole rentre dans cette classe, avec, en général, toutes les maladies épidémiques. Toutes les maladies qui font partie de cette classe portent le nom générique suivi d'une courte description qui sert de nom spécifique.

Une seconde catégorie importante est celle des maladies dues à la mauvaise eau : la fièvre palustre, les diarrhées en font partie.

La mauvaise eau est la constante préoccupation des indigènes dans toutes les classes, pour eux, en dehors de la qualité réelle de l'eau, le changement, le seul fait de boire une eau différente de celle accoutumée est un danger. L'estomac et l'organisme habitués à une eau, se révoltent de l'ingestion d'une eau étrangère.

La médecine annamite a prévu des médicaments qui doivent remédier à ces inconvénients. L'un d'eux, le plus

usuel, est une forme de plantes aromatiques, il y entre du fenouil et du gingembre. Nous avons encore la classe des maladies dues à la mauvaise nourriture, et celle des affections vénériennes. Si nous jetons un coup d'œil sur cette classification, nous ne serons pas loin des deux grandes étiologies autrefois invoquées, *ingesta* et *circumfusa*.

Une dernière classe enfin qui méritera une étude à part nous plonge en plein moyen âge, c'est celle des maladies surnaturelles dues aux mauvais génies, aux Ma 9.

Pour terminer, citons encore une méthode clinique spéciale, qui fait école. Le pronostic est basé sur le seul examen du visage, c'est la méthode du médecin Hoa da.

Cette école porte des pronostics d'une précision audacieuse qui étonne notre modestie occidentale. Les disciples de Hoa Da, non seulement prédisent la guérison ou la mort, mais affirment avec autorité la mort à un jour près.

Ces pronostics sont groupés en une table, que l'on consulte avec l'absolue confiance d'un table de logarithmes. Le médecin devient un mathématicien, et le patient un simple problème. Voici quelques exemples « si le visage est jaune et les yeux verts, le malade ne meurt pas, mais si les yeux sont verts comme la feuille de citrouille, le malade succombe.

« Si le visage est jaune, et les yeux blancs, le malade ne meurt pas; mais si les yeux sont blancs comme les os d'un mort, le malade mourra.

« Si le visage est rouge, et les yeux blancs, mort en six jours, si la bouche est ouverte, mort en deux jours ».

Voilà une méthode bien précieuse, sur laquelle nous avons je crois le droit de faire nos réserves, malgré notre respect pour Hoa Da.

Ajoutons, pour être complet, que beaucoup de nos confrères versent dans la divination.

Au lieu de consulter le pouls, ou le visage, ils croient

plus sûr de consulter le *Y King*, ce livre de divination chinois qui est aussi respecté au Tonkin. Le *Y King* règle tout, répond à tout, et le divin Confucius regrettait de n'avoir pas encore cent ans à vivre, après sa carrière si bien remplie, pour les consacrer à l'étude de ce merveilleux livre.

Je n'insiste pas sur le *Y King*, je renvoie le lecteur curieux au livre de Réville sur la religion chinoise.

Ce que je veux cependant faire remarquer, c'est qu'il ne faudrait pas prendre la consultation du *Y King* pour un acte de pur charlatanisme.

L'étude du *Y King* (1) fait partie de la science officielle, il est consulté en politique, comme en médecine; il règle la destinée des peuples, comme celle des individus.

Ainsi donc en résumé, si nous faisons la part de quelques étrangetés, la méthode clinique des Annamites n'est pas très éloignée de notre vieille médecine.

La médecine annamite est autre chose qu'un amalgame de pratiques ridicules, comme on est parfois tenté de le croire.

Certainement elle a ces étrangetés qui évoquent les toits recourbés des pagodes, et les dragons fantastiques, mais on y retrouve aussi des recherches laborieuses, une méthode, qui ne laissent pas oublier le peuple industrieux et civilisé qui nous a précédés de longtemps dans les sciences et les industries.

---

(1) Le fameux *Y King* est un des livres sacrés de la chine, Fou Hi, l'inventeur des temps antiques en serait l'auteur.

Les signes ——— principe mâle, et — — principe femelle, diversement combinés donnent naissance à des trigrammes, dont les combinaisons forment 64 hexagrammes définitifs. Chacun est accompagné d'une explication due à Houen, père de la dynastie des Tcheou. Le *Y King* renferme pour les chinois la réponse à tous les problèmes. La vapeur s'y trouvait prévue, disent-ils (*Réville Loc. cit.*).

§ IV

THÉRAPEUTIQUE — INTRODUCTION

Nous allons aborder l'étude de la thérapeutique annamite ; nous sommes là en présence d'une telle complexité de faits qu'un choix s'impose, et qu'il faut, pour ne pas s'égarer, une direction bien déterminée.

Quand on étudie la médecine jaune, l'on est d'abord noyé sous l'abondance des matériaux, étonné par l'étrangeté souvent plus apparente que réelle des méthodes employées. Peu à peu, cependant, ce chaos se classe ; on voit plus clair dans ce fatras.

J'ai tenté de classer les médicaments dans les groupes suivants :

1° Médicaments qui se rapprochent des nôtres, soit par leur nature même, soit par leurs effets;

2° Médicaments qui sont sous l'étroite dépendance d'idées philosophiques ou religieuses;

3° Médicaments étranges ;

4° Médicaments qui s'adressent aux maladies surnaturelles, diaboliques.

Tous les peuples à leur enfance ont eu, au berceau même de la civilisation, cette idée que la Providence avait placé près du mal le remède.

Tous ont cherché dans les vertus des plantes des principes curateurs. Nous retrouvons partout la médecine par les simples, parfois chez les peuples arriérés, celle-là seulement.

A cette première idée simple est bientôt venue se joindre celle plus compliquée : que la façon dont les plantes étaient

cueillies, que le rituel de leur préparation pouvaient avoir une importance.

Les premiers guérisseurs ont eu l'inquiétant scrupule que la Providence, que les génies qui avaient donné à l'humanité les plantes utiles, exigeaient une méthode spéciale pour leur récolte.

Animistes à outrance, les premiers thérapeutes ont peut-être prêté aussi aux plantes elles-mêmes une personnalité susceptible, des préférences et des sympathies respectables, qui devaient être respectées.

De ces idées naissent le ritualisme, les mille précautions d'heure et de lieu, qui président à la récolte des simples.

Cette préoccupation de la forme, que nous retrouvons chez nous, depuis l'antique récolte du gui sacré et souverain, jusqu'au moyen âge et ses merveilleux philtres, nous la heurterons à tout moment dans notre étude.

Encore un pas, et de l'animisme naïf primitif, nous passons au symbole; du symbole découle la médecine des signatures.

Le symbole est de toutes les médecines antiques.

La médecine des signatures est basée sur l'idée de conformité qui peut exister entre les objets et les choses, conformité de nom, de forme, d'action.

« La racine de mandragore, parce qu'elle semble figurer un corps humain, remédie chez tous les peuples à la stérilité des femmes (1) ».

La médecine symbolique domine la civilisation égyptienne, qui la pousse vers les thérapins aux extrêmes limites. Rome, la Grèce, notre moyen âge, sont imprégnés de cette thérapeutique, et nous verrons son rôle considérable dans la médecine annamite. Partie de ces idées, la

(1) Conc. *Crime rituel.*

thérapeutique subit dans les âges l'influence de deux facteurs importants; l'expérience et le hasard.

L'expérience ajoute ou élimine jusqu'à réalisation de la forme définitive. Le hasard, ce grand maître dont l'antiquité faisait un dieu, livre les secrets de la nature, et donne en se jouant des chimères qui hantent l'alchimiste, et comme malgré lui, le phosphore et tant de corps utiles.

Ces deux facteurs nous les trouverons dans l'étude de la thérapeutique annamite.

Dans l'histoire de notre médecine, une autre influence se retrouve, très réelle, c'est celle de l'imitation, c'est l'apport de la science des voisins, telle la poussée que nous devons aux Arabes. Cette influence est dans la médecine annamite rare, et toujours masquée par l'exubérante originalité nationale. Je ne compte pas comme emprunt ce qui vient de Chine, car les deux civilisations sont étroitement indépendantes.

La médecine annamite, comme toutes les autres, a subi l'évolution que nous venons d'esquisser, grâce au génie conservateur de la race, nous trouverons bien marquées toutes ces étapes. C'est en les respectant que nous étudierons la science des médicaments. Les livres de médecine, œuvres des premières dynasties, ont échappé à toutes les tribulations, à tous les orages politiques, ils sont l'une des sources les plus pures, et les plus anciennes pour l'étude de la civilisation sino-annamite. Monument où chaque siècle a porté sa pierre, nous y trouvons la trace de l'évolution des esprits.

Toute l'histoire philosophique d'un peuple se trouve, pour qui veut l'en dégager, dans les pages jaunies par le temps, usées par les générations studieuses, de la médecine jaune.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital Cochin.)

M. Gilles de la Tourette

Traitement de la morphinomanie.

Le Dr Gilles de la Tourette, à propos d'une malade morphinomane guérie par la suppression brusque de la morphine, étudie la morphinomanie et en indique ainsi le traitement :

Il existe deux grandes méthodes de traitement pour la démorphinisation ; la suppression brusque du toxique qui consiste à priver immédiatement le malade de sa morphine, et la suppression lente de cet alcaloïde c'est-à-dire en diminuant progressivement la dose de la morphine.

Ces deux méthodes de traitement ont chacune leurs indications.

D'une façon générale, lorsqu'on a affaire à des malades prenant une dose quotidienne de morphine dépassant 50 à 60 centigrammes, on doit avoir recours à la suppression brusque, car la méthode lente demanderait trop de temps pour démorphiniser le malade.

α. *Suppression brusque.* — Donc, au-dessus de 50 à 60 centigrammes de morphine, on aura recours à la suppression brusque de l'alcaloïde.

Le morphinomane sera placé dans des conditions particulières favorables au traitement.

Il faut autant que possible éviter de donner des soins à domicile et exiger l'isolement du malade dans un établis-

sement hydrothérapique spécial avec un médecin spécialiste attaché à l'établissement.

Le malade sera examiné au point de vue du fonctionnement de ses organes.

A-t-il une affection cardiaque ?

A-t-il des crises d'angine de poitrine ?

Dans ces cas, il faudra se rappeler que la suppression brusque peut déterminer des syncopes.

On examinera avec soin l'état de son tube digestif, car il ne faudra pas oublier que c'est par l'alimentation que le morphinomane réparera ses accidents.

Donc il faudra, avant de commencer le traitement, régulariser les fonctions digestives.

Le malade sera également préparé à la démorphinisation par la réglementation de ses piqûres car c'est surtout la tendance continuelle du malade à faire ses piqûres irrégulièrement au moment du besoin de la morphine qui présente une grande difficulté à vaincre.

C'est pour cela que l'isolement du malade est nécessaire. On fera régulièrement les piqûres le matin, au réveil, le midi et le soir au coucher car ce sont les trois moments de la journée où le besoin de la piqûre se fait le plus sentir. Puis on procédera à la suppression de la morphine, suivant la quantité d'alcaloïde prise par le malade.

Est-ce un malade qui prend quotidiennement 1 gramme de morphine ? On lui enlèvera dès le premier jour la moitié de la dose de morphine. A 2 grammes, on descendra de suite à 0,75 centigrammes.

D'une façon générale, on supprimera dès le premier jour les deux tiers de la dose employée habituellement par le malade. Les deuxième et troisième jour on diminuera de 10 centigrammes en 10 centigrammes pour arriver le cinquième jour à la suppression complète de la morphine.

Les douze premières heures de la démorphinisation, il ne se produit aucun phénomène inquiétant et le malade se trouve relativement bien; mais au bout de vingt-quatre heures surviennent des accidents qui se produisant dans la famille, peuvent vous obliger à refaire des piqûres d'où l'avantage de l'isolement.

Ces accidents sont :

La syncope : le plus sérieux, elle est quelquefois mortelle.

Si le malade n'est pas cardiaque, elle a peu d'importance.

Contre la syncope, on fera une piqûre de 8 à 10 centigrammes de morphine.

Les vomissements, on donne dans ces cas, du champagne, du grog glacé, etc.

La diarrhée : cet accident doit être respecté, car d'après certains (Sollier) le malade se débarrasse de son poison par la voie intestinale. Mais il est des cas ou la diarrhée devient tellement intense qu'on se trouve en présence d'un véritable choléra morphinique, dans ces cas, il faut agir contre cet accident; contre l'excitation maniaque, les vociférations, le délire, on ordonnera des lotions ou des bains comme sédatif, comme c'est presque toujours dans les huit à dix heures qui précèdent la piqûre dernière que se produit la syncope, on fera cette dernière piqûre dans la nuit qui précèdera la période terminale des injections.

Pendant la convalescence de la démorphinisation, on surveillera la diarrhée qui peut persister pendant trois semaines à un mois et s'accompagne souvent du besoin d'injection, il en est de même pour l'insomnie, aussi, le séjour d'un mois et demi à deux mois dans un établissement spécial est-il un précieux adjuvant du traitement.

On ordonnera des bains, des douches, des toniques, une bonne alimentation pour réparer l'état physique et éviter les accidents de la convalescence. On pèsera les malades,

car l'augmentation du poids montrera le résultat et le bon état du tube digestif.

On déplacera les malades, on les enverra en voyage, en villégiature, pour éviter toutes les causes capables de provoquer le retour de l'ancien vice.

Démorphinisation lente. — La démorphinisation lente donne de moins bons résultats et ce qui produit les insuccès c'est la longueur du traitement qui dure 2 et 3 mois au lieu de 5 à 6 jours : on échoue au moins 8 fois sur 10.

Les accidents sont beaucoup plus rares dans ces cas.

Cette méthode est à employer chez les timorés.

Voici comment le professeur Charcot procédait :

1° Obtenir, *sine qua non*, que le malade sacrifie un tiers de sa dose de morphine dès le début.

2° Substituer à la morphine l'extrait thébaïque ; ainsi, par exemple, pour 2 centigrammes et demi de morphine on donne 1 centigramme et demi à 2 centigrammes d'opium en ayant soin de ne pas arriver à dépasser 10 centigrammes d'opium, on pourra joindre le bromure de potassium, contre les douleurs des jambes, l'excitation, jusqu'à 3, 4 et 5 grammes de bromure. On arrivera ainsi à la fin du traitement, avec un bagage de 5 à 6 centigrammes d'extrait thébaïque et 4 à 5 grammes de bromure.

On ordonne en même temps des douches et l'hydrothérapie. Il faudra, si cela est possible, tâcher d'obtenir la suppression brusque des 4 à 5 derniers centigrammes de morphine.

Quand on sera arrivé à la fin de la démorphinisation, il ne faudra pas se préoccuper du bromure ni de l'opium qui n'ont plus aucune utilité, car après la fin des piqûres, le malade ne songe plus à prendre ni bromure ni opium. C'est alors une petite affaire de 10 à 12 jours au plus pour arriver à la fin complète du traitement.

On emploiera la même thérapeutique que pour la suppression brusque pour les accidents qui par hasard se produiraient pendant la convalescence.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Sur le traitement opératoire de la névralgie du trijumeau (Clark, *New-York medical Journal*, 20 avril 1895). — Les opérations proposées pour le traitement de la névralgie du trijumeau sont assez nombreuses, et leurs indications n'ont été bien précisées que dans ces dernières années. Parmi elles, les plus connues sont les suivantes : excision de la branche moyenne de la cinquième paire jusqu'au trou rond et extirpation du ganglion de Meckel; section du nerf dentaire inférieur, par une incision faite par la bouche; neurectomie intracrânienne, les branches moyennes et inférieures de la troisième paire sectionnées en dehors de la dure-mère après trépanation préalable dans la région temporale, etc. Grâce à ces interventions la guérison survient rapidement, la douleur ne réapparaît plus, l'état général du malade s'améliore considérablement et les parties innervées par les nerfs sectionnés fonctionnent aussi normalement qu'auparavant.

L'auteur rapporte l'histoire d'un cas de névralgie intense des branches supérieure et moyenne du trijumeau : l'extraction des dents n'a nullement amélioré l'état du malade, et les douleurs n'étaient soulagées que par les injections de morphine. Ayant divisé les nerfs dans les trous sus- et sous-orbitaux, l'auteur introduisit dans le trou sous-orbital la pointe du thermo-cautère et, le poussant en bas et en haut dans la pro-

fondeur du canal, il détruisit les nerfs sur une longueur d'un demi-pouce. Les douleurs n'ont pas réapparu un an après l'opération. (*The medical Chronicle*, nouvelle série, v. III, nº 3, juin 1895, p. 203 et 204.)

Cas de double mastoïdite avec thrombose septique du sinus latéral. Intervention chirurgicale. Guérison (W. Secker, *British medical Journal*, 13 avril 1895). — Dans ces derniers 4-5 ans la malade, âgée de 24 ans, avait de temps en temps des écoulements des deux oreilles. Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, il est survenu une tuméfaction au-dessus de l'oreille gauche et, peu de temps après, en arrière de l'oreille droite. Céphalée intense, vomissements fréquents, constipation. Frissons fréquents la nuit pendant la quinzaine précédant l'apparition de ces tuméfactions.

A l'entrée à l'hôpital, la malade était pâle et tourmentée; langue sèche et recouverte d'enduit; strabisme convergent paralytique; myosis, les pupilles agissent à peine à la lumière intense. Névrite optique des deux yeux. Température 38°,9 C., pouls 130.

Le conduit auditif externe gauche rempli de pus; la paroi postéro-supérieure du conduit tuméfiée et affaissée en avant. Tuméfaction sacciforme s'étendant dans toute la région temporale gauche et à la portion squameuse, de même qu'en arrière du mastoïde, 2 pouces en arrière du conduit. Conduit auditif externe droit rempli aussi de pus, membrane du tympan perforée, tuméfaction très douloureuse et élastique, de la grosseur d'une grosse noix, en arrière de l'apophyse mastoïde, mais la région mastoïdienne était normale et non douloureuse au toucher.

L'auteur posa le diagnostic d'otite moyenne suppurée avec extension de la suppuration aux cellules mastoïdiennes de chaque côté; en outre, thrombose septique du sinus latéral d'un seul côté; mais à part l'affaissement de la paroi postérieure du conduit auditif externe droit, il n'y avait aucun

symptôme pouvant indiquer de quel côté l'affection était plus avancée et de quel côté siégeait la thrombose du sinus latéral.

On ouvrit l'apophyse mastoïde et l'on évacua le pus et les débris caséeux qui la remplissaient. Ouverture du sinus latéral, évacuation de son contenu purulent, tamponnement de l'extrémité supérieure avec de la gaze antiseptique. Ouverture et curettage de l'apophyse mastoïde droite. Guérison compléte et rapide. (*The medical Chronicle*, nouvelle série, v. III, n° 3, juin 1894, p. 222 et 223.)

Thrombose des sinus intracrâniens consécutive à l'otite moyenne suppurée. Intervention chirurgicale. Guérison (W. Milligan, *Lancet*, 20 avril 1895). — Chez un homme de 25 ans atteint depuis plusieurs années d'otite moyenne suppurée droite, des symptômes d'inflammation aiguë sont apparus après refroidissement, en même temps qu'a cessé l'écoulement par l'oreille et que toute la région temporale correspondante est devenue douloureuse. Tuméfaction des tissus entre l'apophyse mastoïde et l'angle du maxillaire très douloureuse à la pression. L'état du malade alla en s'aggravant : frissons fréquents, céphalée intense, névrite optique de l'œil droit; les pupilles étaient égales et réagissaient normalement à la lumiére.

Après avoir libéré la veine jugulaire interne droite et l'avoir sectionnée entre deux ligatures, on mit à nu le sinus sigmoïde et aprés l'avoir ouvert, on curetta soigneusement les caillots et les débris puriformes qui le remplissaient. L'extrémité périphérique de ce sinus fut tamponnée avec de la gaze iodoformée, tandis que son extrémité centrale était irriguée avec une solution chaude de bichlorure d'hydrargyre. On prolongea en avant l'incision précédente jusqu'à mettre à nu l'apophyse mastoïde que l'on mit en communication avec la cavité du tympan : enlèvement de tous les débris puriformes et irrigation avec une solution antiseptique. Guérison complète sans accident aucun.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de 9 ans ayant été, il y a quelques jours, atteint d'otite moyenne post-scarlatineuse avec extension consécutive de la suppuration aux cellules mastoïdiennes s'accompagnant de douleurs intenses et de fièvre très accusée. On ouvrit l'apophyse mastoïde, d'où s'écoula une petite quantité de pus. La température s'abaissait et l'étal général du malade s'était amélioré pour quelques jours, quand il survint une subite recrudescence de la fièvre avec des frissons souvent répétés. Les symptômes survenus firent poser le diagnostic de thrombose intracrânienne, probablement du sinus sigmoïde. L'auteur proposa une nouvelle intervention chirurgicale qui fut refusée par les parents. L'état du malade allait en s'aggravant de plus en plus quand survinrent tout à coup des signes d'abcès rétro-oculaire droit : propulsion extrême de l'œil accompagnée de douleurs intenses dans l'orbite droite. Extirpation de l'œil droit et évacuation d'une grande quantité de pus. L'enfant entra immédiatement après en convalescence, et, examiné neuf mois après l'opération, on trouva la membrane du tympan cicatrisée; audition pratiquement normale. (*The medical Chronicle*, nouvelle série, v. III, n° 3, juin 1895, p. 223 et 224.)

Traitement des ulcérations par les applications locales d'oxygène (G. Stoker, communication à la Société clinique de Londres; *Lancet*, 30 mars 1895). — L'auteur rapporte 3 cas traités avec succès par l'oxygène en applications locales.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 56 ans, souffrant depuis des années d'un ulcère incurable de jambe occupant presque tout le pourtour de la jambe, et rebelle à tout traitement. La jambe était immergée dans une atmosphère, à parties égales, d'oxygène et d'air : dans la première demi-heure elle ressentit du picotement à la jambe, mais cette sensation disparut bientôt, et la malade fut du même coup débarrassée des douleurs intolérables qui la martyrisaient pendant des années. Le pus ne tarda pas à devenir stérile et la peau de nouvelle formation était absolument normale.

Le deuxième cas concerne un homme atteint d'un ulcère étendu de la main, consécutif à une plaie toxique du doigt. La guérison survint avec une remarquable rapidité dans l'atmosphère d'oxygène et d'air *āa* : la croissance des ongles fut si activée que l'on était obligé de les couper tous les jours; les poils du dos de la main, eux aussi, croissaient en profusion. Le premier jour après l'institution du traitement la plaie était devenue absolument aseptique.

Quant au troisième cas, c'était une jeune fille ayant perdu presque tous ses cheveux par suite de l'alopécie aréata : sa tête était rasée et les cheveux ne commençaient pas à pousser jusqu'à l'institution du traitement. On lui appliqua sur la tête un bonnet de caoutchouc que l'on remplissait du mélange, *āa*, d'oxygène et d'air. Six semaines de traitement suffirent pour faire pousser les cheveux en abondance. (*The Medical Chronicle*, nouvelle série, v. III, n° 2, mai 1895, p. 141.)

Gynécologie et Obstétrique.

Sur les indications de l'avortement artificiel (Jaffé, communication à la Société gynécologique de Hambourg; *Centralblatt für die gesammte Therapie*, mai 1895, p. 291 et 292). — Voici les cas dans lesquels l'on pourrait être amené à pratiquer l'avortement artificiel :

1° Vomissement incoercible de la grossesse;

2° Étranglement de l'utérus gravide rétrofléchi, prolabé ou disloqué dans une hernie;

3° Bassin très rétréci si la mère refuse son autorisation à l'opération césarienne vers la fin de la grossesse. On ne doit pas toutefois oublier que, sous ce rapport, on agira à l'hôpital différemment qu'on ne le fait dans la clientèle privée; surtout dans ces derniers temps on peut, dans ces cas, avoir recours à la symphyséotomie qui donne des résultats excellents et pour la mère et pour l'enfant.

4° Anémie pernicieuse; 5° Chorée grave; 6° Hypertrophie

mammaire en voie de progression; 7° Céphalée extrême avec insomnie. Il va sans dire que les indications 4 à 7 ne se rencontrent que dans des cas tout à fait exceptionnels.

8° Quant aux affections pulmonaires, quelques auteurs considèrent comme des indications formelles la tuberculose et l'emphysème très prononcé; mais l'auteur est d'avis que l'avortement artificiel n'est indiqué que dans les cas où la vie de la mère est en danger imminent si la grossesse suit son cours normal.

9° La néphrite n'est pas du tout, en général, une indication pour l'avortement, mais elle peut le devenir dans des cas tout à fait spéciaux : c'est au médecin de se prononcer sur son opportunité dans chaque cas donné.

10° Pour les affections cardiaques, l'auteur se rallie absolument à l'avis émis par Leyden, à savoir, que l'interruption artificielle de la grossesse est indiquée et permise toutes les fois que, dans le cours de la grossesse, il survient des troubles de compensation qui, malgré le traitement employé, non seulement ne sont pas remédiés, mais encore prennent une marche dangereuse pour la vie de la femme.

De tout ce qui précède il résulte, que peuvent être considérées comme indications formelles pour l'avortement artificiel : le vomissement incoercible de la grossesse, l'étranglement de l'utérus gravide, le rétrécissement extrême du bassin par tumeurs ou exsudats, l'anémie pernicieuse progressive, la chorée grave; appartiennent aux indications relatives : le rétrécissement très accusé du bassin avec diamètre sacro-pubien au-dessous de 5 centimètres, l'emphysème pulmonaire avec signes de dégénération du muscle cardiaque, néphrite (surtout dans l'éclampsie), affections cardiaques chroniques, enfin, toutes les affections générales des femmes qui mettraient en danger les jours de la mère si l'on avait laissé la grossesse se terminer d'une manière normale.

Quant aux indications pour l'avortement que quelques auteurs assignent à la tuberculose pulmonaire et au rétrécis-

sement du bassin en cas de diamètre sacro-pubien inférieur à 5 centimètres, l'auteur les considère comme dénuées de tout fondement.

Sur la résection des ovaires (F. Matthaei, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, B. XXXI, 1895.). — Prenant en considération les faits consignés dans la littérature médicale et son expérience personnelle (6 cas), l'auteur émet les propositions suivantes quant à la résection des ovaires :

Chez les femmes jeunes avec lésions bilatérales des ovaires exigeant une intervention chirurgicale, on est en droit de conserver une portion macroscopiquement saine du tissu ovarien pour rendre possible l'ovulation et la *fécondation* :

1° Dans les cas de kystes par rétention multiples volumineux, quand il y a lieu de penser que la ponction simple de ces kystes est insuffisante ;

2° En cas de kystes dermoïdes ;

3° Avec circonspection externe, en cas de kystes glandulaires proliférents bénins.

Au contraire, la méthode conservatrice est absolument contre-indiquée :

1° En cas d'affection maligne des ovaires, de même qu'au moindre soupçon sur l'existence d'une affection semblable ;

2° Chez les femmes après ménopause, ou chez les femmes qui s'en approchent beaucoup. (*Centralblatt für de gesammte Therapie*, juin 1895, p. 354 et 355.)

Médecine générale.

Les indications et les contre-indications du tabac chez les malades et les convalescents. (L. Jankau, *Zeitschrift für Krankenpflege*, 1895.) — L'auteur essaie de répondre, pour chaque maladie à part, à la question si souvent posée par les malades et les convalescents : « Puis-je fumer, docteur ? ».

En règle générale, il n'y a pas lieu de défendre le tabac dans les affections chirurgicales et dans la convalescence après les opérations, excepté les opérations pratiquées sur les yeux, l'abdomen et la vessie. L'emploi du tabac joue-t-il bien un rôle dans la pathogénie du cancer des lèvres et de la langue? Rien de sûr à cet égard. On proscrira le tabac dans les affections de la gorge et du pharynx, et avec certaines restrictions dans le catarrhe naso-pharyngien type.

Quant aux maladies internes, il ne faut pas oublier l'action toxique du tabac: aussi ne permettra-t-on de fumer qu'avec circonspection. Du reste la plupart des affections où le tabac serait dangereux, provoquent le dégoût du tabac: il arrive même assez souvent que l'attention de l'entourage est attirée sur l'état maladif d'un fumeur parce qu'il a renoncé complètement à fumer des cigares. Il est donc parfois de bon signe quand le convalescent se montre de nouveau disposé à fumer.

Voici les indications et les contre-indications dans diverses maladies internes :

1° Le tabac sera rigoureusement interdit dans la péritonite, la typhlite et la pérityphlite.

2° Les affections stomacales ne seraient pas, d'après l'auteur, une contre-indication formelle. Cette opinion est assez contestable : en effet, nous savons que l'abus du tabac provoque des affections stomacales, surtout des troubles dyspeptiques. Les cigarettes sont à proscrire surtout dans les affections gastro-intestinales.

3° Les sujets atteints d'affections organiques du cœur ne supportent pas ordinairement très bien le tabac; tout de même les fumeurs acharnés peuvent fumer par jour 2 à 3 légers cigares.

4° Quant aux affections pulmonaires, les expériences nous ont appris l'action entravante et même bactéricide du tabac sur les bactéries de la bouche, la bactéridie charbonneuse, les microorganismes de la fièvre typhoïde et de la pneumonie:

la même influence du tabac nous est révélée sur le bacille de la tuberculose. Aussi l'auteur considère-t-il comme une faute grave la défense de fumer aux sujets qui se trouvent dans le stade initial de la tuberculose : au contraire, il faudrait les encourager à fumer encore davantage qu'auparavant. Ce qui milite encore en faveur de la permission de fumer, c'est, d'une part, l'action désinfectante du tabac sur la bouche et, d'autre part, la dépression exercée par le tabac sur les fonctions génitales ordinairement très excitées au début de la tuberculose. De plus, le tabac exerce une influence favorable sur le système nerveux central de ces sujets, d'une part, par son action légèrement narcotique et, d'autre part, en détournant l'attention des malades de leur affection sur l'acte de fumer lui-même et les associations qu'il provoque : or, les tuberculeux ont bien besoin d'être distraits et empêchés de penser sans cesse à leur maladie. Même les hémoptysies peu accusées ne contre-indiqueraient pas absolument l'emploi du tabac.

5° Chez les syphilitiques on prendra soin de ne défendre que l'abus du tabac, au point de vue quantitatif aussi bien qu'au point de vue de la qualité.

6° Quant aux affections fonctionnelles du système nerveux, il ne serait pas rationnel de prononcer dès le début la défense absolue de fumer. On aura seulement soin d'établir nettement le nombre et la qualité des cigares à fumer et de contrôler, autant que peut se faire, si le malade remplit scrupuleusement la prescription à cet égard. C'est surtout dans les névroses cardiaques que la circonspection est de rigueur ; mais où il faut surveiller très attentivement l'emploi du tabac, c'est dans la dyspepsie nerveuse : en effet, dans cette affection l'emploi des cigares même légers peut amener parfois à sa suite des troubles très désagréables.

7° Les sujets atteints d'affections organiques du système nerveux ne fumeront qu'avec précaution.

8° La permission de recommencer de fumer pendant la con-

valescence ne sera donnée qu'après examen approfondi, et on conseillera au malade d'agir avec grande circonspection ; on ne perdra pas de vue les règles exposées plus haut pour les différentes maladies, et on contrôlera attentivement la qualité et la quantité du tabac en prescrivant de graduer lentement l'augmentation de sa consommation.

On défendra rigoureusement de fumer dans les salles où se trouvent pêle-mêle des sujets affectés de diverses affections.

L'auteur considère d'un œil sceptique la soi-disant propriété hypnotique du tabac ; d'après lui ce ne serait qu'une suggestion. Toutefois il est permis d'émettre un doute sur cette assertion de Janckau.

Enfin l'auteur met en doute l'action bienfaisante des cigares après le repas, comme c'est admis par tout le monde : il recommande d'avaler de temps en temps un peu de lait pendant que l'on fume ; ce mode d'agir est surtout à recommander chez les sujets malades ou en convalescence. (*Die Therapie der Gegenwart, medicinisch-chirurgische Rundschau für praktische Aerzte*, juillet 1895, n° 7, p. 436-438.)

Pharmacologie.

Sur la somatose, nouvelle substance alimentaire. (D. de Buck, *Wiener klinische Rundschau*, 1895, n° 16 et 17 ; tirage à part). — Les albumines, avant d'être digérées, sont transformées par les sucs digestifs en dérivés solubles, acidalbumine, albumine, peptones. Leur résorption se fait grâce à l'action vitale des cellules du tractus digestif, qui les transforment de nouveau en albumine native propre à remplacer l'albumine organique usée. D'après les recherches de V. Voit, les peptones artificielles sont inaptes à se transformer en albumine organique, de sorte que tout en étant capables de servir de matière d'épargne pour les albumines et, par suite, de pouvoir maintenir l'équilibre azoteux *passager*, il leur est impossible de le maintenir à l'état *stable*. De plus, leur saveur

amère rend bientôt leur administration si désagréable que les malades se refusent à les prendre. Si quelques auteurs ont obtenu de bons résultats avec les peptones, c'est qu'elles contenaient en quantités notables des albumoses, c'est-à-dire, des produits intermédiaires entre l'albumine et la peptone, dont la valeur nutritive et l'aptitude de se transformer en albumine native ont été mises hors doute par les recherches de Munk, Noorden, Pfeiffer et Ewald.

Il s'ensuit donc que, en cas de troubles digestifs, il faut prescrire une préparation contenant le moins possible de peptones et très riche en albumose. C'est à ces *desiderata* que répond la somatose préparée par l'usine Fr. Bayer.

En effet, d'après Goldmann, la somatose contient, outre eau et sels, 78 0/0 d'albumose et seulement 2,4 0/0 de peptone ; Hildebrandt affirme même y avoir trouvé 84-86 0/0 d'albumose.

La somatose se présente sous forme d'une poudre jaune finement granuleuse, sans odeur et presque sans saveur, complètement soluble dans l'eau. Vu sa richesse en azote, elle contient, à poids égal, plus du quadruple d'albumine que ne le contient la viande.

L'albumine de la somatose se transforme en albumine organique, même sans l'intermédiaire du tractus digestif, ce qui rend possible son administration en injections sous-cutanées, (à la dose de 10 centimètres cubes, d'une solution de somatose à 5-10 0/0 dans l'eau salée à 0,75 0/0). Du reste, les malades la prendront sans dégoût aucun, même quand son emploi est prolongé pendant un laps de temps considérable. On la prescrira à la dose quotidienne de 15-20 grammes, dans n'importe quel véhicule, associée à un régime non complètement dépourvu d'albuminoïdes. En effet, s'il est vrai que les albumoses de la somatose se transforment complètement en albumine organique et que, sous le rapport du pouvoir nutritif, elles ne le cèdent en rien aux albuminoïdes, son emploi exclusif entrave la résorption, d'où péristaltique exagérée et

diarrhée consécutive : aussi, pour ne pas irriter le tractus gastro-intestinal, on administrera la somatose simultanément avec des aliments contenant des albuminoïdes.

La somatose s'est montrée utile dans tous les états de faiblesse, dans les affections fébriles, contre l'anémie et surtout dans les troubles gastro-intestinaux.

L'auteur s'est servi avec succès de la somatose dans 3 cas ; à savoir : 1 cas de dyspepsie nerveuse avec vomissement incoercible chez une femme en convalescence, 1 cas d'anémie très accusée et d'épuisement dans les suites de couches avec tympanisme opiniâtre, et 1 cas de résection d'un cancer rectal. Grâce à la somatose, les forces des malades ont été maintenues en bon état et la guérison n'a pas tardé à survenir. La somatose a été très bien digérée.

L'auteur conseille, en cas où l'on aurait affaire à certaines affections stomacales chez des sujets très sensibles et capricieux, de prescrire la somatose glacée ; en cas de besoin, on peut aussi l'aromatiser pour lui donner une saveur agréable.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Le tubage comme procédé accidentel d'écouvillonnage du larynx dans le croup. (Variot, *Journ. de Clin. et Thér. méd.* 1895.) L'écouvillonnage accidentel du larynx par le tubage peut dans certains cas donner des résultats très favorables. L'introduction du tube dans le larynx provoque de violents mouvements reflexes, des quintes de toux et des spasmes des muscles du pharynx. Ces mouvements associés ont comme conséquence fréquente le rejet de fausses membranes, au travers du tube, ou même le rejet simultané de fausses membranes laryngo-trachéales et du tube lui-même.

Variot conseille d'attendre pour pratiquer le retubage et de s'assurer que des phénoménes de suffocation n'ont pas disparu par le fait seul de l'écouvillonnage. On se contente de placer

l'enfant dans la chambre des vapeurs, on surveille son tirage et on se tient prêt à intervenir si de nouveaux accès de suffocation l'exigent : un tube peut être replacé aussi vivement qu'il est enlevé par des opérateurs exercés.

Dilatations des bronches et gangrène pulmonaire traitées par les injections parenchymateuses de liquides antiseptiques (Rokitansky, *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 25, p. 547 et 548). — L'auteur applique ce traitement depuis dix-sept ans, et même dans les cas désespérés où il y avait déjà dégénération amyloïde du foie, de la rate et des reins, il réussit encore à obtenir une amélioration notable, en tant qu'il arrivait à diminuer la quantité et la fétidité des crachats. Dans les bronchicctasies moins avancées, il survint, à la suite de ce traitement, une amélioration notable dans l'état général et les signes locaux. Il a fait ces injections dans 43 cas de bronchiectasie sans avoir observé aucun phénomène secondaire fâcheux. Les injections étaient répétées tous les jours ou seulement un jour sur deux ou trois.

Sur 7 cas de gangrène, il y eut échec dans 4 cas de gangrène pulmonaire généralisée, tandis que les 3 cas de gangrène localisée guérirent après un traitement continué pendant huit, onze et treize jours respectivement.

Voici le manuel opératoire de ces injections parenchymateuses :

Après nettoyage soigneux du thorax par un antiseptique quelconque, on enfonce l'aiguille longue d'une seringue de Pravaz remplie d'une solution d'acide phénique à 3 0/0, dans l'espace intercostal où les signes physiques sont les mieux accusés et l'on injecte lentement 1 à 2 centimètres cubes d'eau phéniquée. Immédiatement après l'injection, les malades sentent dans la bouche le goût de l'acide phénique et il survient un accès de toux : plus on injecte avec lenteur, et moins intense est cet accès de toux. Le point d'injection sera couvert de collodion iodoformé ; on y laissera, pendant plusieurs heures, un sac rempli de glace.

Maladies de la peau et syphilis.

Contribution au traitement du chancre mou chez la femme. (Herff, *Monatsschrift für Geburtshülfe and Gynäkologie*, juin 1895.) — Après nettoyage préalable des organes génitaux avec un antiseptique quelconque, les ulcères seront séchés à l'ouate et ensuite on appliquera sur chacun d'eux une solution concentrée d'acide phénique : ces cautérisations seront pratiquées à l'aide d'un bout de bois dont l'extrémité est munie de petites aspérités. Après la cautérisation, les eschares seront essuyées avec de l'ouate sèche pour les débarrasser de l'acide en excès. On peut cocaïniser préalablement les ulcères siégeant au voisinage du clitoris et de l'urèthre.

On fera en outre prendre aux malades des bains de siège, on prescrira des lavages vaginaux et on appliquera des compresses au permanganate de potasse, à l'acide phénique, au lysol, au solvéol, ou, dans la pratique pauvre, à l'infusion de camomille.

Après quatre à cinq jours les ulcères sont détergés ou en voie de cicatrisation ; on repétera la cautérisation, s'il est nécessaire. Les ulcères ne guérissent-ils pas même après la cautérisation répétée une seconde fois, c'est la meilleure preuve qu'il s'agit bien d'ulcères syphilitiques et non de chancres mous. Les ganglions tuméfiés avant l'institution du traitement, récupèrent rapidement leur volume normal. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 25, p. 510.)

Le curettage du chancre mou. (Grivtsoff, *Méditsinkia pribavliénia kmorskomou sbornikou*, mai 1895). — L'auteur recommande vivement le traitement du chancre mou par le curettage à l'aide de la cuiller de v. Volkmann (curette de Récamier). On aura le soin d'avoir dans sa trousse plusieurs cuillers de diverses grandeurs appropriées à l'étendue du chancre mou.

Ce traitement ancien, presque oublié jusqu'à ces derniers

temps, fut de nouveau appliqué par O. V. Petersen qui, le premier, a observé l'action bienfaisante du curettage sur la marche du chancre mou : d'après ses observations personnelles, le curettage abrégea la durée de cet ulcère plus que ne font les autres médications usitées contre le chancre mou. En effet, la durée du chancre mou non curetté est de 27 jours, 5, tandis que le curettage amène la guérison de l'ulcère en 21 j., c'est-à-dire presque une semaine entière plus tôt.

L'auteur a observé en tout 50 cas de chancre mou ; il s'est assuré que le curettage exerce une influence favorable sur la marche des chancres mous de n'importe quelle forme, les chancres simples aussi bien que les chancres phagédéniques. Il déconseille l'anesthésie locale qui n'apporte pas de grand soulagement aux malades et qui, en même temps, aggrave parfois la marche de l'ulcère en ce qu'elle rend plus accusée l'infiltration des parties malades.

On aura soin de ne pas trop appuyer sur la cuiller pendant le curettage : ce maniement intempestif de la cuiller aide à la pénétration des microganismes pathogènes dans l'intimité des tissus et augmente l'état inflammatoire de l'ulcère lui-même. Pour enlever complètement toutes les parties malades, on prendra garde de ne pas se contenter de l'enlèvement de la partie centrale de l'ulcère seule, mais de pénétrer aussi avec la cuiller sous les bords du chancre et de curetter tout ce qui tombe sous la cuiller.

Le curettage accompli, on lavera l'ulcère à l'eau phéniquée à 2-3 0/0 et l'on appliquera un pansement antiseptique. (*Vratch*, 1895, N° 25, p. 715.)

Maladies du tube digestif.

Comment faut-il traiter les hémorrhoïdes (par Ricard, *Gaz. des Hôp.*, 1895). — *A. Traitement médical.* — Il est des cas où les hémorrhoïdes ne doivent pas être opérées. Ce sont : 1° les hémorrhoïdes symptomatiques d'une lésion du rectum, d'une affection de la vessie ou de l'urèthre, d'une affection de l'utérus,

de la grossesse ; enfin des cirrhoses du foie : le traitement dans ces cas doit s'adresser à la cause première ; 2° les hémorrhoïdes qui ne s'accompagnent que de légères poussées fluxionnaires ; 3° les hémorrhoïdes étranglées et gangrenées qui sont le siège de la phlébite infectieuse.

Les indications thérapeutiques dans ces cas sont d'éviter toute irritation anale, en combattant la constipation et pratiquant des ablutions locales tièdes. La congestion hémorrhoïdaire est justiciable d'un traitement général, (hydrothérapie, frictions sèches) et d'un traitement local (lavages rectaux, bains de siège chauds, pulvérisations d'eau phéniquée à 2 0/0, pommades iodurées et au calomel ; onguent belladonné).

B. Traitement chirurgical. — Il est applicable aux hémorrhoïdaires s'accompagnant d'accidents ; procidence constante avec tendance au prolapsus rectal ; réduction difficile, gène de la station assise ou de la marche ; douleurs à la défécation, fréquence des poussées fluxionnaires ; hémorrhagie anémiante.

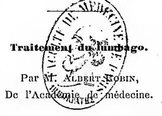
Les procédés sont nombreux : la dilatation forcée de l'anus est toujours efficace quand les hémorrhoïdes non procidentes se traduisent par d'abondantes hémorrhagies ou encore qu'il existe des douleurs fissuraires. Cette opération pourra être pratiquée, soit pendant l'anesthésie chloroformique, soit après injection de cocaïne.

Dans les cas d'hémorrhoïdes procidentes, la dilatation ne suffit pas. Si la tumeur est petite et isolée, la cautérisation ignée donne de bons résultats. S'il existe des bourrelets multiples et mal pédiculés, on recourra à la ligature ou mieux à la destruction au fer rouge. Enfin quand les hémorrhoïdes peu procidentes constituent un bourrelet complètement circulaire, le procédé de choix est l'extirpation sanglante au bistouri comme s'il s'agissait d'une tumeur.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 165.9.95.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE



Traitement du lumbago.

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

Je veux vous entretenir aujourd'hui du traitement d'une affection très commune et dont le traitement embarrasse encore bien des praticiens. Il s'agit du lumbago.

On a désigné sous ce nom des maladies très diverses et, confondant le lumbago vrai avec le symptôme commun à de nombreuses affections, on a fait de ce mot un synonyme de douleur des lombes, de rachialgie lombaire ; tandis que ce qu'on doit entendre par lumbago, est une affection douloureuse siégeant au niveau de la région lombaire et frappant soit les masses musculaires sacro-lombaires, soit les articulations vertébrales. C'est en effet une affection d'origine rhumatismale survenant le plus souvent à la suite d'un refroidissement ou d'un effort musculaire et apparaissant surtout vers l'âge moyen de la vie, entre 20 et 50 ans. Les hommes y sont beaucoup plus exposés que les femmes en raison de leurs occupations.

Bien que le lumbago soit une affection très commune et que son histoire soit bien ancienne, c'est une maladie encore mal définie et qui, comme je vous le disais tout à l'heure, présente encore actuellement de nombreux points obscurs principalement en ce qui concerne sa pathogénie. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, sont presque tous d'accord pour en faire un rhu-

matisme musculaire ; Chomel le désignait sous le nom de myorhumatisme, et vous verrez encore dans les livres classiques le lumbago défini : une affection essentiellement douloureuse des masses musculaires sacro-lombaires.

Sans vouloir nier la possibilité d'un lumbago musculaire, je vous dirai, que d'après les très nombreuses observations que j'ai faites, cette affection est le plus souvent d'origine articulaire. C'est cette opinion que j'ai soutenue dans un travail paru en collaboration avec le docteur Londe dans la *Revue de Médecine* du 10 octobre 1894 sur le torticolis et le lumbago d'origine articulaire et rhumatismale. Cette idée de l'origine articulaire de certains lumbagos n'est pas nouvelle, quoique peu vulgarisée, et c'est ainsi que Chomel, à côté du myorhumatisme lombaire, a décrit le lumbago articulaire des lombes.

Cette notion pathogénique du lumbago est de la plus haute importance au point de vue du traitement et c'est pour cela, messieurs, qu'avant de vous parler de thérapeutique, je tiens à vous rappeler, par l'énoncé de la symptomatologie du lumbago articulaire, comment je suis arrivé à en fixer le siège dans les articulations (arthrites) ou dans eur voisinage (périarthrite).

Les symptômes du lumbago articulaire sont de deux ordres : les uns, accusés par le malade, sont la douleur spontanée et la gêne des mouvements ; les autres nécessitent un examen de la part du médecin qui constate : 1° l'immobilisation de la région douloureuse ; 2° la localisation de la douleur provoquée.

La douleur est profonde et pongitive, parfois lancinante. Au repos elle est toujours moindre et tolérable ; le plus grand soulagement est obtenu par le décubitus. La station, même au repos, est pénible. La douleur est spécialement provoquée par la marche et par les mouvements du tronc, notamment par ceux de flexion, d'extension ou d'inclinaison

latérale. L'extension surtout est très douloureuse ; aussi le malade marche-t-il courbé en avant.

La pression sur les muscles augmente à peine la douleur et la calme plutôt dans les cas légers.

Dans cette description du lumbago classique, il ne nous est pas difficile de relever certains détails qui plaident en faveur de la lésion articulaire ; l'extension douloureuse et cette démarche des malades courbés en avant est presque incompatible avec une atteinte de la masse sacro-lombaire elle-même. Dans cette attitude, qui n'a pour but que de mettre dans le relâchement les articulations des apophyses articulaires de la colonne vertébrale lombaire, la masse sacro-lombaire est donc en pleine activité physiologique pour faire équilibre à l'action des psoas et des droits de l'abdomen ; cette masse musculaire en pleine activité non douloureuse cadre mal avec l'idée d'un rhumatisme localisé dans les muscles.

Le siège de la douleur spontanée qui est plus ou moins bilatérale ou médiane éveille l'idée d'une affection de certaines articulations vertébrales.

L'examen direct fait trouver une immobilisation de la partie inférieure de la colonne vertébrale et des articulations du sacrum. Cette immobilisation est plus ou moins symétrique comme la douleur. Un sujet atteint du mal de Pott lombaire ne se comporterait pas autrement soit pour ramasser un objet par terre, soit pour se retourner tout d'une pièce. L'attitude prise semble destinée à réduire au minimum les mouvements articulaires plutôt qu'à relâcher un muscle malade.

Presque tous les auteurs avouent que les masses sacro-lombaires elles-mêmes ne sont pas ou ne sont que très peu douloureuses à la pression. En revanche, il existe des points très précis où la douleur est maxima. Ce sont :

1° sur la ligne médiane, *l'interligne du sacrum et de la*

colonne lombaire, quelquefois les *interlignes des vertèbres lombaires*, enfin *l'articulation sacro-coccygienne.*

2° Sur les parties latérales, *les symphyses sacro-iliaques.*

On peut ajouter les points douloureux latéraux de chaque côté de la ligne épineuse lombaire.

En nous basant sur les considérations qui précèdent, nous avons établi le tableau suivant des symptômes du lumbago articulaire.

Douleur spontanée lombaire bilatérale ou médiane avec ou sans prédominance d'un côté.

Attitude penchée en avant, quelquefois avec inclinaison latérale.

Immobilisation de la moitié inférieure de la colonne vertébrale et du bassin dans tous les mouvements.

Flexion, rotation et *surtout extension* pénible ou impossible.

L'inclinaison est quelquefois plus pénible d'un côté que de l'autre. (Lumbago avec inclinaison latérale.)

Rien ou presque rien à l'inspection.

Douleur provoquée :

1° Par la *pression* aux points suivants ou au moins à l'un d'entre eux :

A. Inter-épineux : sacro-vertébral et lombaire.

B. Articulaires : des deux côtés ou d'un côté.

C. Sacro-iliaques : des deux côtés ou d'un côté.

D. Sacro-coccygiens.

2° Par la *marche*, particulièrement au niveau des deux symphyses sacro-iliaques ou de l'une des deux.

3° Par la *percussion* sur les membres inférieurs, exercée de bas en haut, particulièrement au niveau des interlignes lombaire ou sacro-vertébral.

4° Par la *station debout* et surtout le passage de la position assise à la position debout; enfin par toute espèce de

mouvement intéressant les articulations prises. Pas ou peu de douleur à la pression des masses sacro-lombaires.

Formes :

A. Partielles : 1° Sacro-vertébrale; 2° Sacro-iliaque unilatérale ou bilatérale; 3° Sacro-vertébrale et lombaire avec ou sans prédominance unilatérale.

B. Totale, ou tout au moins combinée.

Nous n'insisterons pas sur les *symptômes généraux* du lumbago; léger mouvement fébrile, état saburral ou autres.

La *durée* d'un lumbago violent est environ de huit à dix jours; le lumbago léger peut durer de quelques heures à trois jours. Enfin, s'il devient chronique, le lumbago peut durer des semaines et des mois.

Le *début* est variable; ou bien progressif, ou bien brusque; le début rapide succède à un coup de froid ou à un mouvement exagéré de flexion à faux, sans violence toutefois, le traumatisme, comme vous le savez, amenant ce qu'on a appelé le *tour de rein* qui n'a rien de commum avec le lumbago.

Le lumbago est donc le plus souvent, non une affection musculaire, mais bien une affection articulaire, plus ou moins masquée par la contraction des muscles à l'aide desquels le patient s'efforce d'immobiliser les articulations malades. Cette notion d'affection articulaire est comme je vous le disais, de la plus haute importance car elle va nous guider dans nos indications thérapeutiques.

Nous arrivons maintenant au *traitement* du lumbago. Les traitements les plus variés ont été employés contre cette affection.

Ce sont les moyens locaux qui, pendant longtemps, ont été en faveur auprès des thérapeutes, et vous voyez encore tous les jours préconiser les frictions avec un baume ou un liniment, baume de Fioravanti, liniment térébenthiné, alcool

camphré, etc. Puis viennent les révulsifs sous la forme de ventouses scarifiées, pointes de feu, etc.

A côté des frictions, je vous signalerai le *massage articulaire* au niveau des points douloureux, lequel a donné des succès au Dr Gautiez qui l'applique quelque temps après la disparition de la période inflammatoire.

L'*électricité* présente aussi ses indications et s'adresse surtout à l'atrophie musculaire secondaire aux cas de longue durée.

Je vous signalerai aussi la *pulvérisation de chlorure de méthyle* conseillée à la période aiguë par le Dr Bilhaut.

Toutes ces médications peuvent rendre des services et présentent des indications surtout dans les cas légers et superficiels. Mais je veux vous parler aujourd'hui d'une méthode de traitement que j'ai préconisée et employée depuis longtemps et qui m'a toujours donné d'excellents résultats; c'est le traitement du lumbago par le *jaborandi*. Le jaborandi est une plante brésilienne, du genre pilocarpus primatifolius et qui appartient à la famille des rutacées. Les feuilles de cet arbuste renferment un alcaloïde bien connu aujourd'hui et fort employé en médecine, la pilocarpine.

J'ai montré en 1875 les effets du jaborandi dans le rhumatisme articulaire et dans le rhumatisme musculaire.

Cette plante fut apportée en France vers la fin de 1873, par Coutinho, de Pernambuco, qui avait constaté sur lui-même les effets diaphorétiques et sialagogues de l'infusion de feuilles de jaborandi.

Continho avait apporté à Gubler un échantillon des feuilles de cet arbrisseau et Gubler essaya ce médicament dans son service, à Beaujon, et fut émerveillé de ses effets. Comme vous le voyez, l'introduction de cet agent en thérapeutique est de date toute récente. Peu après, Rabuteau publiait les effets qu'il avait observés sur lui-même en expérimentant

avec le jaborandi, et depuis les essais se multiplièrent. Moi-même, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne de Gubler, en 1874, je publiais une étude physiologique et thérapeutique sur le jaborandi dans le Journal de thérapeutique de mon maître. Je n'ai pas l'intention de vous faire l'interprétation physiologique des actions de ce médicament, interprétation que vous trouverez dans le travail en question. Il me suffira de vous dire que, dans le rhumatisme articulaire aigu, j'ai vu le jaborandi diminuer les douleurs articulaires et calmer la fièvre. Sur quarante-neuf administrations, les douleurs ont été calmées trente-neuf fois, le gonflement et les mouvements des articulations malades ont été améliorés vingt-six fois, etc.

Dans le rhumatisme subaigu, j'ai pu me convaincre que deux ou trois doses de jaborandi sont capables de guérir les douleurs de la fluxion articulaire. Dans le rhumatisme musculaire à frigore, le jaborandi a encore agi efficacement et j'ai rapporté trois cas qui ont cédé après une, deux ou trois doses du médicament. Enfin, dans le travail que je vous ai signalé au commencement de cette leçon, et que j'ai publié en collaboration avec le D[r] Londe, vous trouverez des observations de lumbago traités avec succès par le moyen du jaborandi.

Donc, la médication qui vous donnera les meilleurs résultats contre le lumbago c'est l'administration de ce jaborandi dont les effets sont merveilleux, à la condition que le médicament ne soit pas contre-indiqué. Il existe en effet des contre-indications à l'administration du jaborandi, et c'est probablement ce qui a nui à sa vulgarisation. Ainsi, lorsqu'un malade atteint de lumbago présentera une affection du cœur, il faudra éviter l'emploi du jaborandi qui amène des troubles dans le rhythme cardiaque et produit de l'irrégularité dans les battements.

Vous devrez également cesser l'emploi du médicament

s'il survient des epistaxis, et si plusieurs fois de suite la quantité d'urine ne revenait pas au taux antérieur, après la diaphorèse.

Ces quelques contre-indications étant posées, comment devrez-vous administrer le médicament? L'observation suivante vous montrera bien mieux que ne le ferait une description comment vous devrez agir. Rappelez-vous cet homme, âgé de trente-trois ans, entré le 19 mars 1895, salle Serres et qui était couché au n° 10. Ce malade avait été pris le 28 janvier 1895, sans fièvre ni phénomènes généraux, d'une vive douleur dans la région lombaire, douleur localisée au niveau des trois premières vertèbres lombaires. Le malade, à la suite de ce lumbago, avait dû cesser tout travail, et le repos au lit lui était imposé par l'impossibilité de rester debout et de faire n'importe quel mouvement intéressant le tronc.

Ces phénomènes douloureux persistant avec tous leurs caractères, à peine interrompus par quelques rémissions relatives et de courte durée, notre malade se décidait à entrer à l'hôpital, trois mois et demi après le début de son affection. Ce malade, comme vous avez pu le voir à l'examen, présentait tous les signes du lumbago articulaire.

L'examen des viscères ayant montré qu'il n'existait aucune contre-indication à l'administration du jaborandi, cette médication fut instituée; elle consiste, comme vous l'avez vu, à utiliser les propriétés diaphorétiques et sialogogues du jaborandi et à faire suer abondamment le malade par l'ingestion d'une infusion de feuilles de jaborandi ainsi préparée : On fait macérer pendant douze à vingt-quatre heures quatre grammes de feuilles de jaborandi dans dix grammes d'alcool; après cette macération, on jette sur le mélange cent cinquante grammes d'eau bouillante et on laisse infuser pendant vingt-cinq minutes, puis on passe,

on filtre le liquide et on administre au malade l'infusion chaude ainsi préparée.

L'infusion sera prise le matin à jeun, en une seule fois. Une demi-heure, un quart-d'heure même après l'ingestion, apparaît déjà la salivation, puis la diaphorèse.

Pendant la sudation, le patient évitera d'avaler sa salive, ce qui pourrait occasionner des nausées, voire même des vomissements. Il devra résister à la soif occasionnée par la déperdition de salive et de sueurs ou ne boira qu'une quantité modérée de boissons chaudes, eau additionnée de café, par exemple, pour éviter les vomissements qu'on n'observe que dans les cas d'ingestion immodérée de boissons froides, ou après la déglutition d'une certaine quantité de salive.

Ces règles étant posées, revenons à l'histoire de notre malade.

Le 23 mai au matin, le malade prend une première fois une infusion de jaborandi qui détermine une salivation et des sueurs abondantes. Le lendemain, on constate une amélioration très notable des douleurs; le malade peut se remuer et s'asseoir sur son lit.

Le 26 mai, nouvelle ingestion du médicament amenant les mêmes phénomènes de salivation et de transpiration avec une amélioration encore plus prononcée le lendemain.

Le 28 mai, troisième ingestion de l'infusion de jaborandi suivie le lendemain d'une disparition presque complète des douleurs lombaires.

Deux nouvelles prises du médicament ont lieu le 30 mai et le 6 juin; le 7 juin, il ne reste plus qu'une légère douleur du côté droit, qui cède à un siphonage rapide de la région, et le 12 juin, le malade quitte notre service complètement guéri.

Voici donc un cas de lumbago articulaire tenace, datant de près de 4 mois, qui guérit après cinq prises de feuilles de jaborandi, suivant les règles que je vous ai indiquées.

Mais il est des cas qui guérissent après une seule dose de jaborandi, quand le lumbago est traité dès le début par exemple.

En général, pour mieux suivre l'effet du médicament, il faut laisser un jour d'intervalle entre les doses, si plusieurs sont nécessaires. On devra recommander au malade de se tenir au chaud, à la chambre ou même de rester couché.

Chez l'enfant de dix à quinze ans, on pourra également administrer cette préparation, mais la dose sera seulement de 1gr,50 à 2 grammes au lieu de 4 grammes de feuilles, dose de l'adulte.

Mais vous vous souvenez que le jaborandi présente des contre-indications, lorsqu'il existe une affection du cœur, par exemple, comme chez le deuxième malade dont je vais vous parler.

On est obligé, dans ce cas, d'abandonner le jaborandi et de le remplacer par une nouvelle médication dont les succès ne se comptent plus et que je vais vous indiquer :

Je veux parler des injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude.

Un homme, âgé de 56 ans, entre dans notre service, salle Serres, n° 27 bis, le 4 mai 1895, pour un lumbago articulaire aigu datant de six jours. Cet homme est atteint en même temps d'une affection mitrale.

En présence de l'affection cardiaque, nous avons laissé le jaborandi de côté et nous avons eu recours à la médication par le glycéro-phosphate de soude, lequel m'a souvent donné d'excellents résultats.

Vous connaissez tous la valeur thérapeutique des glycéro-phosphates et je n'ai pas besoin de réfuter devant vous les contradictions de ceux qui ont voulu voir dans les injections de sérum artificiel et de glycéro-phosphates une médication purement subjective, et ont tenté de remplacer le glycéro-phosphate de soude par des injections sous-cuta-

nées d'eau distillée, qui n'ont aucune valeur et produisent dans les cas qui nous occupent des résultats absolument négatifs, comme j'ai eu souvent l'occasion de m'en assurer.

Notre second malade reçut le traitement suivant :

Le 6 mai on lui fit une injection de $0^{gr},30$ de glycéro-phosphate de soude de chaque côté de la région lombaire : les deux injections furent très bien supportées et une amélioration sensible des douleurs survint en même temps que la marche devint plus facile.

Le 8 mai, nouvelles injections de chaque côté de la région lombaire, mais cette fois de 50 centigrammes de glycéro-phosphate de soude chacune ; nouvelle et notable amélioration. Le 9 mai troisième et dernière injection, qui amena la disparition complète de la gêne fonctionnelle des mouvements.

Ces deux observations qui ont été prises chez les malades du service que vous avez pu suivre journellement, vous montreront suffisamment la valeur thérapeutique du jaborandi dans les cas de lumbago ne présentant pas de contre-indication à l'administration de cette médication ; de plus, la seconde observation nous prouve qu'en présence d'une de ces contre-indications, vous pourrez employer avec succès les injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude.

Dans certains cas, s'il existe d'autres articulations prises, j'emploie volontiers le salicylate de soude qui pourra vous rendre des services, mais qui n'a pas la valeur thérapeutique du jaborandi contre le lumbago.

Les rubéfactions, les révulsions, le massage, l'électricité pourront être de précieux adjuvants des méthodes thérapeutiques nouvelles dont je viens de vous parler.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

De l'importance de l'examen des yeux dans la pathologie générale,

Par le docteur Albert Miquet.

Ayant l'intention de donner aux lecteurs du Bulletin de Thérapeutique *un certain nombre d'articles de thérapeutique oculaire, je commencerai par une sorte d'introduction destinée à mettre en évidence l'utilité de l'examen des yeux au point de vue des indications qui peuvent être fournies à la thérapeutique générale.*

Toutes les fois qu'un malade se présente à l'examen d'un médecin, on a l'habitude de rechercher avec le plus grand soin l'état de fonctionnement des principaux appareils de la vie organique et de la vie de relation.

Le cœur, le poumon, le foie, l'estomac, la rate, etc., sont inspectés, palpés, percutés, auscultés et rares sont les médecins qui s'avisent d'examiner l'œil de leur malade, organe qui pourrait leur dévoiler des lésions qui leur échappent.

Que de fois l'ophtalmoscope a révélé l'existence de maladies générales jusque-là non décelées !

La néphrite interstitielle, le diabète, l'ataxie locomotrice, la paralysie générale n'ont souvent été diagnostisqués de bonne heure que grâce à l'examen ophtalmoscopique.

Aussi n'est-ce pas sans étonnement que nous voyons l'étude des maladies des yeux, négligée en France, au point d'être en quelque sorte facultative. Tout au plus voit-on quelques étudiants, arrivés à la fin de leurs études, fré-

quenter quelques cliniques libres, où on leur donne un enseignement clinique oculaire plus ou moins complet.

Lors d'un voyage en Allemagne, nous avons eu l'occasion d'assister à des examens cliniques de doctorat et nous n'avons pas été peu surpris de voir un examen clinique spécial pour les maladies des yeux ; et cependant, ces jeunes docteurs n'étaient pas des « spécialistes », ni des « bêtes à concours », mais de jeunes praticiens se destinant à exercer leur art dans les campagnes.

La pathologie oculaire ne diffère pas, du reste, de la pathologie générale. En quoi, par exemple, la muqueuse conjonctivale diffère-t-elle d'une autre muqueuse? Réagit-elle différemment?

Quant à la terminologie qui effraie tant, au début, les jeunes étudiants, ce n'est qu'un reste des temps où les médecins de l'œil s'entouraient de tout l'accessoire possible, capable d'effrayer les non-initiés et peut-être aussi de cacher leur ignorance.

Si certains auteurs ont pu dire « que rien ne se passait dans notre organisme, sans que le cerveau n'en eût connaissance », on pourrait ajouter que « l'œil est le meilleur réactif de notre état général ».

Anatomiquement, l'œil est un prolongement du cerveau.

Nous savons en effet que le cerveau consiste primitivement en un tube simple, comme la moelle épinière. Ce tube en certains points, se développe plus rapidement qu'en d'autres points, d'où des rétrécissements qui le divisent en trois vésicules cérébrales primitives communiquant largement entre elles et qui prennent le nom de leur situation : antérieure, moyenne, postérieure.

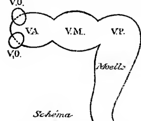
Les parois latérales de la vésicule cérébrale antérieure se dilatent de dedans en dehors, et « ces deux évaginations latérales constituent les vésicules optiques primaires ».

Ces vésicules optiques primaires se séparent peu à peu

et ne restent plus unies à la vésicule antérieure que par un pédicule creux.

Cette vésicule optique donnera naissance, après une série de transformations, à l'œil et le pédicule deviendra le nerf optique.

L'œil est donc bien en quelque sorte un prolongement du cerveau, une sentinelle avancée qui avertit des troubles et des lésions que présente notre organisme.



Il n'y a pas de maladies qui n'aient un retentissement sur le système oculaire et si, chaque maladie n'a pas encore à l'heure actuelle, son syndrome oculaire propre, c'est parce qu'on ne l'a pas encore étudié et qu'on n'a pas pris l'habitude de le chercher.

L'ophtalmoscope est d'une utilité incontestable dans l'étude des maladies du système nerveux pour arriver à un diagnostic précis.

Tous les médecins connaissent bien les rapports fréquents entre les maladies des yeux et les affections du nez, des sinus et des dents.

Les maladies générales, les dyscrasies retentissent souvent sur l'organe de la vision.

L'on connaît les rapports qui existent entre les intoxications, les maladies professionnelles et les maladies des yeux.

Rappelons brièvement quelques relations entre les maladies générales et les maladies des yeux, rapports que doivent connaître tous les médecins.

C'est ainsi que l'héméralopie, véritable « cécité nocturne », se rencontre fréquemment dans les cas d'anémie, de grandes fatigues, de surmenage, de misère physiologique ; on l'observe aussi dans le scorbut, la grossesse, le

saturnisme, la fièvre typhoïde. « C'est une complication assez fréquente de l'ictère chronique; c'est pourquoi on accorde à ce symptôme oculaire une certaine valeur séméiologique au point de vue des fonctions du foie (Parinaud).

L'amblyopie hystérique et hystéro-épileptique est fréquente. Tous les médecins connaissent le rétrécissement du champ visuel pour certaines couleurs, dans l'hystérie. Que de fois n'observe-t-on pas des hémorrhagies rétiniennes dans les cas d'albuminurie, de diabète sucré, chez les malades atteints d'affection cardiaque, chez les chlorotiques, les hémophiles.

N'a-t-on pas des amauroses réflexes dans certaines névralgies dentaires, dans certains cas d'otites? N'a-t-on pas signalé souvent des amauroses coïncidant avec des affections utérines? Davaine n'a-t-il pas montré des cas de cécité passagère, disparaissant par l'évacuation de vers intestinaux?

Les amblyopies alcoolique, nicotinique, saturnine, paludéenne, consécutives à de grandes pertes sanguines sont bien connues.

La kératite interstitielle diffuse, coïncide fréquemment avec les dents d'Hutchinson et n'est autre que de la syphilis héréditaire.

N'est-ce pas par l'examen de l'œil qu'on peut déterminer souvent le siège exact d'une tumeur cérébrale?

Dans la méningite tuberculeuse, n'avons-nous pas au début des symptômes oculaires, d'une grande importance : le myosis au début est suivi plus tard de mydriase, d'inégalité pupillaire et d'affaiblissement ou même d'absence totale du réflexe lumineux; puis il s'y ajoute du strabisme, de l'amblyopie, de l'amaurose.

Les syphilis graves retentissent rapidement sur l'appareil oculaire. Les gommes tuberculeuses de l'iris ne sont

pas rares et personne n'oublie le signe d'Argyll-Robertson dans la période préataxique du tabes.

Ces quelques exemples pris parmi beaucoup d'autres montrent bien l'importance de l'examen des yeux, dans la pathologie générale. Si tous les médecins ne sont pas aptes à extraire adroitement une cataracte ou à pratiquer avec dextérité une iridectomie, tous, du moins, devraient connaître aussi bien que possible la pathologie oculaire, qui leur serait d'un grand secours dans beaucoup de diagnostics délicats et pour porter de bons pronostics.

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

(suite).

§ V

THÉRAPEUTIQUE PAR LES SIMPLES ET LES SELS

La thérapeutique par les simples, faite de l'expérience pratique séculaire, tient une grande place dans la médecine annamite.

Elle présente de nombreux rapports avec notre vieille thérapeutique.

L'origine pratique et populaire de ces médicaments se retrouve nettement dans la légende qui entoure l'histoire de certains de ces produits.

Une écorce nommée Hao Phat est fort souvent employée,

et rappelle par ses indications notre quinquina, voici son histoire :

Un mandarin avait, aux siècles passés, un fils contrefait et infirme, son amour-propre souffrait de ce malingre héritier. Un jour il l'abandonna dans la campagne, attaché à un arbre. Quelques jours après, pris de remords, il retourne sur les lieux de son crime. Sa stupeur fut grande en retrouvant un adolescent vigoureux et sain; l'enfant pour tromper la faim, avait mangé l'écorce de l'arbre, qui était le merveilleux porteur du remède Hao Phat. Les racines, les fleurs, les fruits sont représentés avec les écorces, dans la pharmacopée.

La cardamone, toute une riche série d'amomacées occupent avec la cannelle, le gingembre et la girofle une place d'honneur.

Les fruits béchiques, les amers sont fort usités. Pour remplacer une fastidieuse énumération, prenons des exemples particuliers.

La bronchite est traitée par une tisane composée, qui contient : écorce d'orange amère, fenouil, cannelle, fruits du prunier sauvage, deux ou trois racines aromatiques, avec de l'alcool de riz. N'est-ce pas là tout à la fois une de nos tisanes béchiques, avec en plus des éléments stimulants et toniques.

La fièvre donne lieu à une série d'indications intéressantes, l'Annamite fait de la médication de symptômes.

La fièvre elle-même implique l'emploi de l'écorce d'orange amère, associée avec la fameuse écorce tonique Hao Phat, on y joint des copeaux analogues au colombo.

Le traitement de la fièvre par l'écorce d'orange amère se retrouve dans la pratique des habitants des Marais-Pontins. Fait plus curieux encore, un détail bien particulier se retrouve dans les deux pays extrêmes. L'Annamite expose une nuit durant cette écorce à la rosée, pour l'imprégner de

cette eau du ciel dont la fraîcheur luttera contre la température extrême du corps, l'Italien de la Campagne Romaine fait de même.

Si avec la fièvre il y a des vomissements, on ajoute une potion avec clous de girofle, anis étoilé, cardamone et noix de muscade. C'est une de nos tisanes aromatiques. Dans les cas où la fièvre se complique de diarrhée, on donne une décoction avec bois de santal et gingembre, c'est de l'antiseptie intestinale involontaire.

Dans le cas de selles dysentériques, la racine hoang nang qui rappelle d'aspect et d'effets notre ipéca, entre en jeu.

Pour stimuler l'appétit, le bois de santal associé à l'écorce voisine du colombo et à des fleurs de valériane est donné en poudre.

A côté des simples, les Annamites ont aussi une riche thérapeutique minérale.

Le sulfate de magnésie est très usité dans la médecine. Nous verrons ailleurs l'usage des sels de mercure, de l'arsenic et de son oxyde. L'alun joue un grand rôle, on l'emploie, comme chez nous, dans les maux de gorge. Le traitement de ces affections consiste en insufflations d'une poudre faite avec alun, fleurs de camomille, et une argile ferrugineuse. Cette argile ferrugineuse n'est autre chose que notre antique bol d'Arménie, bol oriental, ou argile ocreuse.

Le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent sont aussi usités.

Le soufre, incorporé dans des œufs, est pris pour les affections cutanées.

Je pourrais ainsi multiplier les citations des médicaments usités, je préfère me réserver d'étudier et de déterminer plus tard les plus importants de ces médicaments. On trouvera peut-être dans cette pharmacopée des produits utiles. Une classe de médicaments méritera une étude spéciale,

c'est celle des médicaments d'épargne. Les médicaments d'épargne sont fort usités, et fort réputés au Tonkin.

Il y existe des bols qui étaient autrefois distribués aux soldats de l'empereur d'Annam, et qui permettaient de marcher deux jours sans prendre aucun aliment.

L'histoire attribue à ces précieux bols la victoire de l'Annam sur ses ennemis dans maintes circonstances. Une autre préparation analogue, permettrait, au dire des médecins indigènes, de supporter sans trop souffrir les épouvantables disettes qui désolent des provinces entières.

Tout ceci demande un contrôle, mais ne laisse pas que d'être intéressant.

Pour mieux saisir encore ce qu'est la thérapeutique annamite, qui, à côté de surprenants écarts, présente beaucoup de médications rationnelles, étudions le traitement de la syphilis et du goître.

Mais citons cependant encore l'usage fréquent des vésicatoires et des pommades révulsives au mercure.

§ VI

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

2637 ans avant Jésus-Christ, Hoang-Ty décrit en Chine la vérole et le chancre initial. Il s'étend avec complaisance sur le pronostic à tirer de la localisation de cet accident pri-

(1) Dans un numéro de la *Semaine médicale* (25 juillet 1894), je trouve les résultats de M. Hugel sur les feuilles de goyavia (*Psidium pyriferum*), dans la diarrhée. Ce médicament serait, paraît-il utilisé par les Javanais sous le nom de Djamboc. Les Annamites font un fréquent usage de ces feuilles de goyavia dans la même affection. Ces feuilles nommées *Lá oï* sont mangées avec du sel, les hommes en mangent sept et les femmes neuf. Je suis loin de partager les espérances de M. Hugel sur l'avenir de ce médicament, qui ne me paraît avoir rien de plus que tous les astringents végétaux.

mitif. En Europe, le mercure est timidement donné à l'intérieur vers 1518 par Jean de Vigo, qui le prescrit dans la peste. Au quinzième siècle les Arabes nos précurseurs, s'en servaient comme parasiticide, et dans les accidents locaux syphilitiques à l'extérieur.

En 1537 Pierre de Bayle donne droit de cité au mercure, avec la formule des fameuses pilules envoyées à François Ier par Barberousse.

Comparons ces dates à celle où Hoang-Ty décrit la vérole; quelle longue série de siècles entre la thérapeutique mercurielle en Chine et nos premiers essais.

Les Annamites et les Chinois connaissent la syphilis, et ils la connaissent bien.

Ils l'étudient dans ses formes, les unes graves, *Tim là Thien* Phao, « qui éclate comme un pétard »; forme rapide dans son évolution, maligne, fébrile, avec les allures d'une infection généralisée d'emblée. Cette forme, rare aujourd'hui chez nous, est encore fort répandue au Tonkin.

A côté se trouve la forme banale, *Tim la lü Dinh.*

Ils classent les accidents en primitifs et en tardifs, et opposent aux diverses périodes une thérapeutique différente.

Les médecins annamites n'ignorent pas non plus les formes larvées viscérales, et les rapports étroits de la syphilis avec les affections nerveuses. La thérapeutique mercurielle est rigoureusement appliquée dans certains accidents cérébraux.

La syphilis héréditaire ne leur échappe pas, ils savent vigoureusement traiter les accidents profonds des enfants de souche infectée.

Comme nous il y a quelques années encore, ils confondent cependant avec la vérole, toutes les affections chancreuses, chancre mou, herpès génital.

La thérapeutique de la syphilis étonne par sa précocité sa justesse et sa richesse extrême.

Le mercure est la base de leur médication syphilitique. Depuis quand emploie-t-on le mercure, il est difficile de le préciser.

L'Annamite en admiration devant le passé, donne à tout des cheveux blancs; il faut donc se défier des dates, mais à coup sûr l'usage de ce médicament remonte à une époque fabuleusement reculée.

Le mercure est donné sous diverses formes. La forme pilulaire est très usitée, et l'on incorpore dans les pilules soit le mercure métallique, soit le cinabre, soit encore l'oxyde rouge.

Le cinabre se trouve à l'état naturel dans la région de Lao-Bang, haut Tonkin, il était une des richesses de la dynastie indépendante des rois Mac. Les rois du Lao-Bang envoyaient aux cours de Hué et de Pékin le cinabre, comme don précieux.

Le mercure n'est pas le seul métal employé; dans les formes graves, on lui associe soit l'oxyde d'arsenic, soit encore le sulfate de cuivre, et dans les formes cérébrales le zinc métallique.

Il est curieux de retrouver cette métallothérapie complexe de la syphilis, si souvent discutée chez nous.

Actuellement encore, n'a-t-on pas utilisé les sels d'or, et dans la *Semaine médicale* de 1894 ne trouvons-nous pas une défense du sulfate de cuivre, par un médecin américain qui le prescrit dans les formes graves rebelles au mercure.

Dans les pilules, on associe aux produits actifs énumérés des masquants divers. Ce sont le plus souvent des résines aromatiques, ou le musc, l'ambre jaune et le camphre. Voici la formule la plus usitée de ces pilules :

Mercure métallique;
Musc;
Camphre;
Alun;
Cannelle;
Résine de sapin.

Cette formule ressemble d'une façon frappante à celles des fameuses pilules de Barberousse qui furent les premières introduites chez nous.

Dans ces deux formules nous retrouvons la même association du mercure, de produits aromatiques et de baumes.

A côté des pilules nous trouvons les fumigations qui sont prescrites dans les formes graves.

Cette méthode n'est autre chose que notre ancienne pratique si pénible, dite de la casserole. Actuellement encore, certains auteurs comme Langston Parck et Horteloup la préconisent.

La formule des fumigations est la suivante:

Mercure métallique;
Oxyde rouge de mercure;
Cinabre;
Camphre et nitrate de potasse.

On y ajoute la racine aromatique Suong-Tuat.

Le tout réduit en poudre est roulé dans un papier, en forme de cigarette. On brûle par jour quatre centimètres de ce papier.

Le patient se place sous une natte formant tente, et absorbe les vapeurs médicamenteuses par voie respiratoire et cutanée.

Il est inutile je crois d'insister sur les rapports étroits de cette formule avec les trochistes usités chez nous.

Les médecins annamites savent l'influence fâcheuse des vapeurs mercurielles sur les gencives et la salivation, et bien que ces accidents soient plus rares que chez nous à cause de l'intégrité du système dentaire, ils protègent les premières voies par un curieux artifice. Le patient, avant de prendre place sous la natte, se remplit la bouche d'eau, pour toute la durée de la fumigation, et respire par le nez.

Quand on use des pilules, on emploie en même temps en

général des frictions mercurielles. L'onguent employé comprend : de la graisse de buffle, de la résine de teck, de la cire jaune, de la craie, du musc et du mercure métallique.

Dans les accidents cutanés, plaies ulcéreuses, gommes, on utilise un emplâtre analogue au Vigo :

Résine de sapin;
Oxyde rouge de mercure;
Argile ferrugineux;
Écailles de poisson;
Huile.

La médecine annamite est passée par une première phase, où le mercure était inconnu en thérapeutique, le traitement de la vérole était alors surtout végétal.

La formule nous a été conservée :

Racine voisine du gaïac;
Fleurs de gentiane;
Deux ou trois écorces aromatiques;
Poudre du Méloé.

Le médicament paraît diurétique, et a la prétention de chasser le mauvais sang par les urines.

La quatrième page de nos journaux fourmille de promesses semblables.

Comme il faut toujours compter chez les jaunes sur des étrangetés, sur des écarts d'imagination, nous serons peu étonnés de rencontrer auprès de ces méthodes rationnelles, d'autres procédés plus originaux.

Voici, en effet, le traitement de la syphilis chez les riches.

On fait ingérer à une poule, pendant plusieurs jours, des boulettes de riz qui renferment de l'oxyde de mercure, de l'argile ferrugineux, et du mercure métallique.

L'animal est sacrifié après quelques jours de ce régime. La chair sert à faire un bouillon qui est pris par le malade.

Les os, les entrailles et les plumes sont placés sur des charbons ardents et brûlés, le malade respire ces vapeurs.

Quand on va au fond de cette surprenante méthode, l'on se demande si les résultats thérapeutiques sont tout à fait nuls.

Le mercure se fixe dans les tissus avant d'être éliminé, il y séjourne sous forme de chlorures, et de peptonates, on le retrouve dans le foie et les autres viscères (Kus maull.)

Ne l'a-t-on pas retrouvé à l'état pur dans les os : « Dissecto cadavere, circa juncturas, guttulæ tremulæ hydrargyri inventæ sunt. » (Tisitanus). Cette méthode n'est pas bien éloignée de celle de Roussin qui fait ingérer des sels d'iode et de brome à des poules, pour avoir des œufs médicamenteux.

Voilà les annamites inventeurs des peptonates de Mercure ?

A côté du traitement thérapeutique, il faut placer le régime diététique. Le fait de rencontrer des prescriptions alimentaires ne doit pas nous étonner; car toutes les médecines anciennes, et beaucoup de religions ont poussé très loin les sévérités sur ce point : Indous, Juifs, Arabes.

La médecine annamite interdit l'usage des poulets, des oies, du buffle, des chèvres, du poisson, de l'eau-de-vie; ces aliments et boissons sont réputés trop *chauds*.

De cette étude un peu longue se dégage un intéressant problème. Cette antique thérapeutique mercurielle rappelle de si près celle introduite par les Arabes en Europe, que l'on est en droit de se demander si ceux-ci ne l'ont pas empruntée aux jaunes.

Dans les autres chapitres, nous avons vu l'influence constante de la métaphysique et de la philosophie sur la médecine.

Cette influence se retrouve ici aussi avec le *Chau-Chau*.

Le médicament appelé chau-chau, est formé de petites perles d'anodonte et d'unio.

Les Annamites riches achèvent le traitement de la syphilis par des prises de poudre de chau-chau, dans une tisane.

L'idée qui inspire cette curieuse médication est la suivante :

Pour les Chinois et les Annamites, le jade et les perles sont le symbole de la pureté absolue ; la littérature et la philosophie sont remplies de redites sur cet inépuisable sujet. C'est pour donner au corps sa pureté, son intégrité première que l'on prescrit les perles à la fin du traitement de la vérole.

Nous venons de nous convaincre, en étudiant la syphilis, que les Annamites nous ont parfois prévenus en thérapeutique.

Pour bien démontrer que ce fait, bien que rare, n'est pas isolé, nous pouvons encore citer le traitement du goître.

Le goître est une affection très répandue dans les régions montagneuses du Tonkin, la thérapeutique qui s'adresse à cette affection ne diffère guère de la nôtre.

On combat l'hypertrophie thyroïdienne, par des révulsions fréquentes, des cautérisations superficielles ; et par *les iodures.*

Les iodures ne sont pas prescrits naturellement sous forme de sels, mais dans leurs composés naturels. La pharmacopée annamite prescrit le Hai-Dai, une espèce d'ulve, le Hai-tao, un fucus, enfin une laminaire ; on y joint l'os de seiche et l'indigo.

Le tout pulvérisé est pris dans une tisane aromatisée avec l'écorce d'orange amère.

Cette médication est bien une cure par les iodures naturels.

(*A suivre.*)

Thymol en solution,

(*Nouveau procédé*)

Par le Dr Hermite, de Grenoble,

Le thymol, malgré son très fort pouvoir antiseptique, n'est pas encore employé couramment par les chirurgiens et accoucheurs.

L'alcool qu'on est forcé d'ajouter dans la solution ordinairement employée (50 gr. d'alcool, 1 gr. d'acide thymique et 1,000 gr. d'eau) la rend douloureuse et augmente beaucoup le prix relativement faible du thymol.

MM. Tarnier et Vignal, dans leur étude des antiseptiques agissant sur le streptocoque pyogène, ont trouvé que la dose microbicide était de :

Thymol dissous dans l'eau sodique......	0,50 p. 1000.
Naphtol-B dissous dans l'eau sodique...	1 —
Acide phénique — — ...	3,25 —

La solution d'acide thymique dans l'eau distillée sodique reste stable, mais si on emploie l'eau ordinaire sodique la solution se trouble aussitôt et un précipité assez considérable se dépose au fond du récipient.

En ajoutant au thymol et à la soude une quantité déterminée d'acide tartrique, on obtient au contraire une solution incolore et parfaitement limpide.

Voici la formule que j'ai adoptée :

Acide tartrique....................	ãã 1 gramme.
Soude caustique....................	
Acide thymique.....................	
Eau..................................	2,000 grammes.

Faire dissoudre dans un peu d'eau légèrement chauffée l'acide tartrique, la soude et l'acide thymique; ajouter ensuite le reste de l'eau.

Je ne crois pas que l'adjonction de l'acide tartrique change la valeur infertilisante et microbicide du thymol dissous dans l'eau sodique. Ceci, du reste, est facile à vérifier.

OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Terminologie technique et scientifique,

Par M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

(*Suite.*)

Hystéropexie vaginale. — Ou colpo-hystéropexie ; procédés employés :

Procédé d'Amussat. — Dans le cas d'antéversion ou de rétroversion utérine, on pratique la cautérisation au fer rouge du côté opposé à la déviation, de manière à produire une bride cicatricielle qui fait basculer l'organe.

Procédé de Sims. — Suture d'un pli transversal du vagin de manière à raccourcir l'une ou l'autre des parois de ce canal.

Procédé de Richelot père. — C'est la soudure du col de l'utérus à la paroi postérieure du vagin.

Procédé de Byford. — C'est une métro-élytrorrhaphie ; union de la paroi vaginale antérieure ou de la face antérieure du col avec la paroi postérieure du vagin.

Procédé de Doleris. — Colporrhaphie pré-cervicale ou rétro-cervicale.

Procédé de Skutsch. — Consiste à allonger la paroi vaginale antérieure trop courte par une incision transversale qu'on réunit en long.

Procédé ou opération de Schucking. — Fixation du fond de l'utérus au cul-de-sac vésico-utérin.

Procédé de Rabeneau. — Consiste à inciser le col, à ouvrir le cul-de-sac antérieur et à séparer l'utérus de la vessie par un instrument mousse, on incise ensuite la paroi antérieure de l'utérus sur une longueur de 4 centimètres et on suture la plaie.

Procédés de Sanger. — Ce chirurgien emploie deux procédés :

a. Le premier est une modification du procédé de Schucking ; ouverture transversale du cul-de-sac antérieur du vagin et du cul-de-sac du péritoine en arrière de la vessie, suture du corps de l'utérus au vagin avec des fils d'argent puis réunion de la plaie vaginale suivant une légère verticale de façon à allonger la paroi antérieure de ce canal et à permettre au col de se porter en arrière.

b. 2[me] procédé. — Dilatation de l'utérus, introduction du doigt dans sa cavité et, grâce à ce guide, placement d'un fil métallique dans l'organe à travers le cul-de-sac antérieur du vagin laissé intact.

Procédé de Nicoletis-Richelot. — Consiste à faire d'abord l'amputation sus-vaginale du col ; puis à la partie postérieure on passe trois fils de catgut dans le vagin et dans le moignon utérin de façon à les faire ressortir par l'orifice de la cavité utérine. Ces trois fils sont médians ; à côté d'eux à droite et à gauche, on en passe deux autres, partant également de la paroi postérieure du vagin et qui vont sortir, non plus dans l'orifice, mais sur le bord antérieur du moignon, de sorte que la paroi vaginale postérieure s'accroche à ce bord en grimpant sur la tranche utérine. On complète l'affrontement par des points superficiels.

Procédé de Péan ou vagino-fixation. — On saisit les cloisons recto et vésico-vaginales avec de fortes pinces portées aussi en dehors que possible ; on fait écarter les parois du vagin l'une de l'autre sans procéder à aucun avivement, on traverse avec l'aiguille chasse-fil et d'avant en arrière la paroi latérale du vagin dans toute sa longueur en comprenant une grande épaisseur du tissu sous-muqueux aussi profondément que possible. Des anses de fil sont ainsi passées dans toute la hauteur du vagin à deux centimètres l'une de l'autre. La paroi du vagin se trouve de la sorte suturée à la paroi correspondante du bassin. Les fils sont laissés en place et coupent les tissus en y produisant des brides cicatricielles transversales allant dans la profondeur jusqu'au voisinage des os.

Procédé de Candela. — Hystéro-gastrorrhaphie vaginale.

Procédé de Freund ou colpo-hystéropexie pelvienne. — On fait une large ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin, on pénètre dans le péritoine et on suture la face postérieure de la partie sus-vaginale du col au revêtement séreux situé au-dessous du promontoire au voisinage des ligaments utéro-sacrés. On bourre ensuite le cul-de-sac de Douglas de gaze iodoformée et on rétrécit la plaie vaginale. Plus tard on refait un périnée si c'est nécessaire.

Hystéropexie abdominale. — Technique opératoire.

Procédé de Kœberlé et Klotz ou de la fixation indirecte. — On enlève d'abord l'ovaire et la trompe et on fixe le pédicule dans la paroi abdominale. Klotz adjoint un tube de verre en arrière de l'utérus jusqu'au cul-de-sac de Douglas qu'on retire au bout de peu de temps et qui a pour effet de solliciter des adhérences fixatives.

Procédé de Olshausen et Sanger ou procédé de la fixation directe latérale du corps utérin. — On fait trois sutures de chaque côté sur les limites de l'utérus au niveau de ses bords à l'aide du crin de Florence, en ayant soin de ne comprendre

dans la suture que le feuillet séreux antérieur et de ne pas piquer la trompe ou l'artère épigastrique.

Procédé de Kelly. — Se rapproche de celui d'Olshausen. Kelly fixe les cornes utérines au niveau de l'insertion des ligaments ronds à la séreuse pariétale, après l'ablation de l'ovaire.

Procédés de la fixation directe médiane du corps de l'utérus. — Procédés de Léopold, Czerny, Terrier, Pozzi.

Procédé de Léopold. — Léopold fixe le fond même de l'utérus à la paroi abdominale à l'aide d'une forte aiguille munie d'un fil de soie, le ventre ayant été ouvert et l'utérus redressé, on traverse la paroi abdominale tout entière, d'avant en arrière, on pénètre dans l'épaisseur du tissu utérin à la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus sur la ligne qui réunit l'insertion des ligaments ronds.

Procédé de Czerny. — Czerny traverse la paroi antérieure près du fond de l'utérus en comprenant l'aponévrose et le péritoine, mais sans comprendre les téguments dans le point de suture

Procédé de Terrier. — Il consiste à passer provisoirement un fil de soie dans le fond de l'utérus en pénétrant très peu dans son tissu pour attirer l'organe en haut. On fait ensuite trois sutures au catgut sur la face antérieure de l'utérus. La première au niveau de la réunion du col au corps, la seconde vers le milieu du corps, la troisième près du fond. Ces fils traversent la couche superficielle de l'utérus et toute l'épaisseur de la paroi abdominale à l'exception du tissu cellulaire et de la peau.

Procédé de Pozzi. — Pozzi applique à l'hystéropexie le procédé de la suture en surjet. L'utérus étant provisoirement fixé avec des pinces tire-balle placées très superficiellement sur la partie médiane du fond, on fait rapidement un surjet ascendant, dont la spirale traverse successivement toute la

partie profonde de la plaie abdominale, à l'exception de la peau et du tissu cellulaire, la couche superficielle de l'utérus sur sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale.

(A suivre.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

De l'influence exercée sur les tumeurs malignes par une inflammation aseptique artificielle (Kronacher, communication préalable, *Centralblatt für Chirurgie*, 18 mai 1895). — Les toxines débarrassées des bactéries peuvent, suivant la quantité introduite dans l'organisme animal et leur concentration, provoquer des processus inflammatoires les plus divers. Ces processus tout en étant, dans la plupart des cas, moins dangereux que ceux causées par les bactéries elles-mêmes, sont loin d'être toujours dépourvus de tout danger : un grand nombre d'entre eux présentent un caractère éminemment toxique.

A part les bactéries et les toxines, il y a encore des pyrétogènes chimiques, l'essence de térébenthine par exemple. En effet, injectée en concentration voulue, elle donne lieu à une inflammation localisée, sans fièvre, ni état général, ni métastases. Cette question si longuement débatue, à savoir, si l'essence de térébenthine, l'huile de croton, le mercure, etc., sans la participation d'aucune bactérie, sont en état de donner naissance à une inflammation, est à présent résolue sans conteste dans le sens de l'affirmation : oui, il y a des agents pyrôtégènes purement chimiques, ils peuvent produire des phlegmons typiques, mais ceux-ci ne s'accompagnent pas de

phénomènes généraux. Avec ces substances, on arrive aussi à obtenir les processus inflammatoires les plus divers en graduant savamment leur concentration et leur quantité.

L'on sait que les processus infectieux, tels que, par exemple, le lupus et les tumeurs malignes, sont souvent favorablement influencés par des inflammations intercurrentes; s'est surtout l'érysipèle qui jouit sous ce rapport d'une notoriété bien méritée ; on est même allé jusqu'à proposer d'inoculer des streptocoques dans un but curatif. Ce procédé présentant toutefois des dangers assez notables (on a vu même la mort suivre ces inoculations), on s'est décidé récemment à avoir recours aux poisons bactériens. Mais alors s'est posé le problème que voici : où faut-il chercher ce poison, dans les bactéries, les toxines, les toxalbumines, dans l'amas des leucocytes causé par l'irritation bactérienne ou enfin dans le processus inflammatoire lui-même?

Si l'on prend en considération l'effet parfois curatif du processus inflammatoire sur certaines affections infectieuses (le lupus, par exemple) et les tumeurs malignes, et si l'on ne perd pas de vue les dangers inhérents aux inflammations d'origine bactérienne ou toxique, on comprendra aisément les raisons d'être des essais à entreprendre avec des inflammations artificielles d'origine purement chimique (par l'essence de térébenthine, par exemple), qui tout en étant aussi efficaces que les autres états inflammatoires sus-nommés, sont et restent localisées sans présenter jamais aucun danger pour l'organisme animal. L'auteur a institué des expériences semblables dans des cas de cancers inopérables, et il a obtenu des résultats très dignes d'intérêt et tout à fait remarquables : les observations détaillées seront ultérieurement rapportées par l'auteur. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 21, p. 430 et 431.)

Sur l'opération des varices de jambes d'après le procédé de Trendelenburg (G. Perthes, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 16). — C'est surtout grâce aux recher-


VIN NOURRY
IODOTANÉ
Le meilleur moyen d'administrer l'Iode
DOSE { 0.05 d'Iode 0.10 de Tanin } par cuillerée à soupe.
Succédané des Iodures et de l'Huile de Foie de Morue
LYMPHATISME
ANÉMIE
AMÉNORRHÉE
AFFECTIONS PULMONAIRES
F. COMAR & FILS, Paris, ET TOUTES PHARMACIES.

ches de Trendelenburg que nous savons, que la cause principale de l'apparition et de l'aggravation des varices de jambes n'est pas tant dans les difficultés qu'éprouve l'écoulement du sang des veines des jambes, mais bel et bien dans la pression exercée par le sang accumulé dans la veine saphène qui, par suite de l'insuffisance des valvules veineuses, se traduit aux terminaisons périphériques de la veine. Aussi, partant de ce point de vue, Trendelenburg conseille-t-il de lier la veine saphène à la partie supérieure de la cuisse.

G. Perthes rapporte 41 cas de varices de jambes traités de la sorte, avec 32 guérisons permanentes. La récidive dans quelques cas était due à ce que la veine saphène liée auparavant, était redevenue perméable : il en résulte qu'il vaut mieux remplacer la ligature simple par la résection d'une petite portion de la veine saphène.

Les résultats obtenus par l'auteur furent surprenants quant à la cessation des troubles subjectifs, de même que sous le rapport de l'amélioration des signes objectifs. Les ulcères de jambes déjà existants sont eux aussi rapidement améliorés grâce à la ligature de la veine. L'auteur recommande vivement ce procédé opératoire des varices de jambe supérieur à celui de Madelung (extirpation des varices) de par sa simplicité plus grande. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juin 1895, p. 349).

Médecine générale.

Contribution à l'action thérapeutique du mercure dans l'anémie (Vestri Ranieri, *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 19, p. 380-382 et nº 20, p. 399-405). — L'effet du traitement mercuriel sur le sang, est diversement apprécié par les auteurs. Tandis que les uns se prononcent en faveur de ses propriétés hématopoétiques, les autres le croient sans valeur aucune sous ce rapport ; il y a même quelques médecins qui le considèrent comme destructeur des globules sanguins.

Enfin, quelques médecins sont d'avis que tout en agissant comme hématopoétiques chez les syphilitiques, le mercure provoque l'anémie chez les sujets non atteints de syphilis. D'après Bossi, toutes ces contradictions s'expliquent facilement par la différence dans l'administration du mercure : autant les frictions rendent des services signalés quand on les applique avec circonspection et sont rarement suivies alors de stomatite mercurielle et d'autres effets secondaires fâcheux, autant elles peuvent devenir dangereuses quand on ne prend pas toutes les précautions voulues.

Dans ces derniers temps, Cavazzani a entrepris des recherches desquelles il résulte que le mercure, surtout le sublimé, augmente la force de résistance des globules sanguins rouges chez les sujets bien portants. Mais il a tout à fait laissé de côté la question de savoir, si le mercure agit favorablement aussi sur le sang des sujets cachectiques non atteints de syphilis. C'est à résoudre ce problème que s'est appliqué Castellino ; il est arrivé au résultat que le sublimé augmente chez les personnes cachectiques la force de résistance des érythrocytes et prévient les conséquences fâcheuses de la destruction des éléments morphologiques du sang. Ces expériences importantes n'ayant été soumises jusqu'à présent à aucun contrôle de la part d'autres médecins, l'auteur résolut d'essayer les injections de sublimé dans la région fessière chez cinq femmes extrêmement chloranémiques (nombre des globules rouges dans 1 centimètre cube de sang de 1,440,000 à 2,000,000 au lieu du chiffre normal 4,500,000, taux de l'hémoglobine de 2,8 0/0 à 4,90 0/0 au lieu du taux normal 11,20 0/0, nombre des leucocytes de 12,700 à 8,900 au lieu de 10,500, chiffre normal). Chez deux de ces femmes le sommet était touché.

Pour s'assurer de l'effet du sublimé, l'auteur soumit à un examen détaillé le sang et l'urine.

Dans le sang il détermina : 1° le nombre des éléments morphologiques, globules blancs et rouges (appareil de Tho-

ma-Zeiss calibré d'après le procédé de Castellino); 2° le taux de l'hémoglobine (hémomètre de Fleischl); 3° la forme et la résistance des éléments morphologiques du sang (procédé de Maragliano et Castellino); 4° l'alcalinité du sang (procédés de Cavazzani et Castellino).

Quant à l'urine, il y détermina : 1° l'urobiline (procédé de Méhu modifié par Viglezio); 2° l'acide urique (méthode d'Arthaud et de Butte); 3° l'azote (procédé Esbach-Damecy); 4° les phosphates (procédé personnel); 5° le coefficient urotoxique (procédé Bouchard).

Le sublimé était injecté dans les fesses à la dose de 0gr,001 par jour; dans quelques cas rares on est allé jusqu'à injecter 0gr,03 de sublimé par jour. En même temps on administra par la bouche 2 pilules de protoïodure d'hydrargyre à 0gr,01 par jour.

Voici les résultats obtenus par l'auteur :

I. Quant au sang :

1° Augmentation considérable du nombre des globules sanguins rouges (de 1,440,000-2,000,000 par centigramme ils ont monté à 3,215,000-4,875,000).

2° Augmentation du taux de l'hémoglobine (de 2,8 0/0-4,9 0/0 à 8,4 0/0-9,8 0/0).

3° Relèvement considérable de la force de résistance et de la vitalité des globules sanguins rouges (globules sanguins plus colorés, plus grande résistance à la pression).

4° Parallèlement augmentation de l'alcalinité du sang (de 0,127 0/0-0,190 0/0 à 0,163 0/0-0,261 0/0; chiffre normal = 0,280 0/0).

II. Quant à l'urine :

1° Diminution de l'acide urique (de 2gr. — 1gr,04 à 0gr,76-0gr,62; chiffre normal = 0gr,50-0gr,70; 1gr,40 dans l'alimentation azotée).

2° Augmentation de l'urée (de 6gr,37-21gr,76 à 20gr,80-23gr,20; chiffre normal = 20-30gr par 24 heures).

3° Dimiuution de l'urobiline (de 0,4912 0/00-0,071 0/00 à 0,1416 0/00-0,0215 0/00; chiffre normal = 0,078 0/00).

4° Diminution des phosphates (calculés en acide phosphorique : de 5gr,03-3 grammes à 2gr,57-1gr37 ; chiffre normal = 2gr,5).

5° Diminution du coefficient urotoxique (exprimé en urotoxies, de 1,01-1,211 à 0,974-0,6321 ; coefficient normal = 0,498 urotoxies).

III. Quant à l'état général :

Relèvement de l'appétit, fonctions digestives mieux accomplies, augmentation des forces, élévation du poids du corps (de 47 kgr. à 48 kgr., de 48kgr,300 à 50 kgr., de 34kgr,200 à 36kgr,500, de 42kgr,500 à 45kgr,500 et de 38kgr,500 à 40kgr,500). Pas d'effets secondaires fâcheux d'aucune sorte. Pour obtenir un effet favorable, il faut continuer pendant longtemps les injections de sublimé et l'administration des pilules de protoiodure, en suspendant de temps en temps les injections si le malade se plaint de quelque malaise.

Pharmacologie.

Quelques expériences pratiques avec la somatose (Weber, *Deutsche medicinische Wochenschrift,* 1895, n° 9). — La somatose est surtout indiquée dans tous les cas où il est d'importance de ne pas trop exciter la muqueuse gastro-intestinale irritée, à savoir dans la gastrite, l'ulcère rond, le cancer stomacal, etc. L'auteur a obtenu aussi de bons résultats dans la gastro-entérite des enfants à la mamelle. On mettra dans chaque biberon 1gr,5 à 2 grammes de somatose et peut-être même la moitié seulement de cette quantité, pour ne pas trop augmenter la péristaltique intestinale.

La somatose serait aussi très utile dans toutes les formes de l'anémie, qu'elle soit idiopathique ou consécutive au rachitisme et à la scrofulose ; de même aussi on la prescrira avec profit après l'hémorrhagie et contre l'anémie des convalescents. Ces états anémiques sont surtout bien influencés par l'administration simultanée du fer et de la somatose : les ré-

sultats ainsi obtenus sont de beaucoup supérieurs à ceux que donne l'albuminate de fer tout seul.

Enfin l'auteur recommande vivement la somatose chez tous les convalescents : grâce à sa résorption rapide, elle améliore la nutrition dès son institution et agit comme stimulant sur l'appétit. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 24, p. 328.)

Nouvelle contribution à la valeur nutritive de la somatose (Eichhoff, *Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1895, n° 30). — Grâce à l'administration de la somatose, l'auteur a obtenu une augmentation du poids du corps de 5 kilogrammes chez un syphilitique atteint de cachexie mercurielle. La somatose ayant été remplacée par une autre substance nutritive végétale, le malade perdit bientôt les 5 kilogrammes gagnés par lui sous l'influence de la somatose. Pour s'assurer d'une manière incontestable de la valeur nutritive de la somatose, l'auteur réadministra la somatose, toutes les autres conditions de l'alimentation restant égales : dans vingt-sept jours le malade gagna de nouveau 2kr,250 : la somatose étant continuée, le poids du corps ne cessa pas d'augmenter.

L'auteur conclut de cette observation que la somatose est un aliment par excellence.

L'augmentation du poids du corps est-elle due à l'assimilation directe de la somatose ou à ce que la somatose, agissant en qualité d'excitant ou de stimulant de l'appareil digestif, rend plus parfaite l'utilisation des autres substances alimentaires? Sans s'aventurer dans la résolution de cette question, Eichhoff tient simplement à insister sur la démonstration éclatante de la valeur nutritive de la somatose que présente cette quasi-expérience sur l'homme. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 24, p. 528.)

La créosote comme substance pour pansements (R. R. Vrédène, *Vratch*, 1895, p. 444). — La créosote s'est montrée un

excellent antiseptique pour le pansement d'un grand nombre d'opérations pratiquées sur des foyers tuberculeux ou suppurés. On se sert d'une solution huileuse de créosote (1 : 12) dont on imbibe les tampons ouatés que l'on applique sur les plaies. Ce qui plaide surtout en faveur de ce pansement, c'est que les tampons n'adhèrent nullement aux bords de la plaie et qu'ils ne l'irritent pas. La créosote est en partie absorbée de la plaie : en effet, l'haleine des malades sentait la créosote. Presque pas de fièvre post-opératoire. (*Pharmaceutische Zeitschrift für Russland*, 1895, nº 25, p. 391.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Tuberculose humaine et sérum de chèvre tuberculisée (Boinet, *Société de biologie*, *séance du 6 juillet 1895*). — Tandis que des cobayes témoins ont succombé en deux ou trois mois à l'inoculation de produits tuberculeux humains, ceux qui reçurent six à seize centimètres cubes de sérum de chèvre inoculée avec la tuberculine ne présentèrent aucun accident. Encouragé par ces résultats l'auteur a injecté à huit tuberculeux vingt-quatre centimètres cubes de ce même sérum. Tous éprouvèrent une amélioration notable.

Traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale, par A. Rey (*Lyon médical*, *juin 1895*). — D'après l'auteur, la trépanation costale dans l'empyème est une opération facile, bénigne, n'entraînant à sa suite qu'une effusion sanguine insignifiante. Elle doit porter de préférence sur la huitième et surtout sur la neuvième côte dans sa portion la plus large, c'est-à-dire en arrière, à sept centimètres de l'angle costal.

La couronne de trépan doit mesurer un centimètre de diamètre; on peut recourir à plusieurs ouvertures, soit sur le même os, soit sur différentes côtes plus ou moins rapprochées. Ce mode d'intervention permet de pratiquer largement et

jusqu'au bout l'antisepsie intra-pleurale, sans craindre la jonction des côtes et leur chevauchement par suite de rétraction. Il conserve intacte la cage thoracique plus encore que la résection partielle et a, sur cette dernière tous les avantages qu'un orifice parfaitement circulaire offre pour l'introduction d'un drain à demeure.

L'intégrité absolue du thorax facilite le rétablissement de la fonction respiratoire dans le côté malade.

Sérothérapie dans la tuberculose. (Redon et Chenot, *Société de Biologie, séance du 29 juin 1895*). — Les A. ont fait de très nombreuses expériences en employant du sérum provenant d'ânes et de mulets ayant reçu des produits tuberculeux. Ces animaux supportent très facilement ces inoculations à doses de plus en plus élevées et en employant des produits de plus en plus virulents. Le sérum de ces animaux neufs n'a eu qu'une action empêchante faible contre le virus tuberculeux sur le cobaye et le lapin. Avec le sérum des ânes et mulets inoculés, l'effet est plus marqué. Mais cette action est beaucoup plus intense toujours en expérimentant sur les cobayes, lorsqu'on emploie le sérum de ces animaux après les avoir soumis à l'injection de tanin, puis ensuite de faibles doses d'émulsions tuberculeuses à virulence exaltée. L'action antituberculeuse est doublée alors d'une action antiseptique capable d'entraver le développement des agents de la putréfaction et de la suppuration.

Dans tous ces cas, les auteurs ont employé de la tuberculose d'origine humaine à virulence entière ou même exaltée.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Sur l'emploi de l'acide trichloracétique dans les otites moyennes suppurées (W. N. Okouneff, *Monatsschrift für Orheilkunde*, 1, 1895). — L'auteur s'est servi de l'acide trichloracétique, pour faire tarir la suppuration, dans les otites

moyennes chroniques suppurées avec destruction considérable ou granulations proliférantes du tympan et, pour activer la cicatrisation, contre la perforation du tympan dont les bords sont déjà recouverts de peau.

Après avoir préalablement cocaïnisé le champ opératoire, l'auteur touche les parties malades de la muqueuse et les bords de la perforation avec une petite anse métallique munie d'un petit cristal d'acide trichloracétique; immédiatement après, lavage soigné de l'oreille. Ces attouchements furent répétés 1-2 fois par semaine en cas d'otorrhée purulente et 1 fois par semaine seulement, en cas de perforation. Le pus sentait-il mauvais, il perdit rapidement sa fétitidité et diminua rapidement de quantité; l'infiltration et la rougeur de la muqueuse disparurent en peu de temps, les petites granulations s'évanouirent sans laisser de trace; en revanche, on échoua complètement contre les polypes de grosseur moyenne.

Ce qui est surtout digne d'attirer l'attention dans la communication de l'auteur, c'est la rapide cicatrisation des perforations invétérées du tympan cautérisées par l'acide trichloracétique.

Sur 42 cas traités par l'acide trichloracétique, est survenue dans 38 cas la cessation de l'otorrhée et dans 23 cas la cicatrisation de la perforation. L'auteur est d'avis que chez les sujets dont l'âge n'est pas au-dessus de 25 ans, ces cautérisations amèneront toujours la cessation de l'otorrhée, la cicatrisation des perforations et des lésions du tympan et le rétablissement de l'audition. S'agit-il des sujets au-dessous de 15 ans, on peut même s'attendre à voir le tympan se régénérer aux dépens des débris de la membrane. (*Centralblatt für die gesammthe Therapie*, juillet 1895, p. 430 et 431.)

Pilocarpine dans le croup primaire. (M. Eberson, *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 25, p. 533-535). — Dans le croup primaire qui est une affection absolument locale et où la mort survient dans la plupart des cas par suffocation, la

pilocarpine peut rendre des services signalés grâce à son action ramollissante sur les pseudo-membranes. On peut se mettre sûrement à l'abri de son influence nocive sur le cœur en administrant aux enfants, à la dose de une cuillerée à café toutes les heures, une solution de 0gr,03 de chlorhydrate de pilocarpine dans 150 grammes d'eau; ces doses minimes de pilocarpine sont dépourvues de toute action toxique sur le cœur. Mais pour qu'elle manifeste son action bienfaisante, il faut donner la pilocarpine sans interruption jusqu'à disparition de tous les phénomènes de suffocation.

A l'appui de ses assertions, l'auteur rapporte l'histoire résumée de treize cas de croup très grave (cyanose extrême, rétraction du thorax, tirage, excitation et dyspnée très intense): il y eut 6 morts et 7 guérisons. Mais la mortalité passablement élevée est due à ce que, dans les cas terminés par la mort, on n'a essayé que timidement le traitement par la pilocarpine. L'auteur est persuadé que l'aurait-on appliqué avec conséquence, les résultats obtenus eussent été de beaucoup meilleurs.

Maladies de la peau et syphilis.

Des injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de la syphilis (Görl, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 14 mai 1895). — L'auteur s'est servi, pour les injections intraveineuses de sublimé prônées par Baccelli, d'une solution dans l'eau salée à 1 : 3 : 1000. Les injections étaient répétées tous les 2 jours : on commença par injecter 1 centimètre cube de la solution sus-indiquée et on alla graduellement jusqu'à 2 à 5 centimètres cubes.

La technique est assez simple, si le malade présente des veines se dessinant bien sous la peau : on applique un bandage compressif que l'on enlèvera immédiatement après avoir introduit l'aiguille de la seringue dans la lumière de la veine. Il est à recommander d'introduire l'aiguille mince

pointue et aussi courte que possible d'un coup assez sec, très obliquement dans la veine. On se met ainsi à l'abri de traverser la veine de part en part : du reste la mobilité extrême de l'aiguille, démontrera bel et bien qu'elle se trouve dans la veine.

Le sublimé introduit dans la veine ne s'éliminant pas le jour même de l'injection, celle-ci ne sera répétée que tous les deux jours et même tous les trois jours, si l'injection était faite avec 5 centimètres cubes de sublimé. De la sorte on est arrivé à guérir les cas traités en n'employant qu'une très petite quantité de sublimé. Pas d'albuminerie, ni hémorrhagie intestinale, ni thrombose.

L'injection n'a-t-elle pas été faite avec toutes les précautions voulues et quelques gouttes de sublimé ont-elles pénétré dans le tissu périvasculaire, il survient des phénomènes d'irritation locale plus ou moins accusés suivant la concentration de la solution employée. L'aiguille a-t-elle effectivement pénétré dans la veine, l'injection est absolument indolore; aussi, si dès le début de l'injection, le malade ressent de la douleur, il est hors doute que l'on s'est égaré dans le tissu périvasculaire. Dans un cas semblable on fera bien de retirer immédiatement l'aiguille et de renouveler l'injection à un autre point de la veine.

Ainsi qu'il ressort de l'histoire de trois cas communiqués par l'auteur, les résultats favorables ne se sont pas fait attendre. Les données de Baccelli ont été confirmées par d'autres médecins, entre autres par Blaschko et Uhma; ce dernier injectait tous les jours une seringue de Pravaz, d'une solution de sublimé à 1 à 2 0/0.

Il faut noter particulièrement les phénomènes survenus dans un cas, après la troisième injection (0gr,006 de sublimé), à la base d'une syphilide papillaire : on avait l'impression comme s'il s'agissait d'une légère cautérisation au sublimé. Dans un autre cas on administra, à titre d'essai, concurremment aux injections, trois fois par jour une cuillerée à café

d'une solution d'iodure de potassium, pour voir si ces deux médicaments combinés donnaient naissance dans l'organisme à des composés iodohydrargyriques délétères : mais rien n'est survenu dans ce cas.

Les avantages de cette méthode de traiter la syphilis consistent en l'absence de toute douleur, la petite quantité de sublimé injecté, la guérison rapide, l'innocuité et en ce qu'elle n'attire pas l'attention sur les malades. Mais elle présente aussi des inconvénients : elle est inapplicable chez des personnes (les femmes, par exemple) qui ne présentent pas de réseau veineux sous-cutané perceptible à la vue, de plus les récidives apparaissent en peu de temps.

Aussi cette méthode n'est à employer que dans des cas bien déterminés, à savoir là où les autres préparations hydrargyriques sont contre-indiquées ou ne sont pas sous la main, chez les sujets cachectiques, chez ceux qui ont une peur bleue des autres injections douloureuses, ou souffrent de la mercurophobie, et enfin dans les cas où l'on se trouve en présence de symptômes menaçants, dans la syphilis cérébrale ou oculaire par exemple, où il importe beaucoup de frapper un coup décisif le plus rapidement possible. Mais dans ces derniers cas on fera suivre les injections de frictions, pour se mettre sûrement à l'abri de la récidive. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 22, p. 465).

Maladies du tube digestif.

Traitement d'un anus contre nature par la résection intestinale et par l'application du bouton de Murphy (*Société de Chirurgie, séance du 24 juillet 1895*). — M. Reclus lit une observation de M. Forgue, de Montpellier, sur la cure d'un anus contre nature.

Cet anus siégeait sur le cœcum, il datait de sept mois et était d'origine herniaire. Il y avait un prolapsus énorme des deux bouts. Le boudin d'invagination avait trente-cinq centi-

mètres de long. Le malade dément se nourrissait peu et était cachectique.

Le malade fut opéré le 10 février 1895. On réduisit le prolapsus et on appliqua des tampons sur les deux bouts. Puis on fit une laparotomie, on disséqua les deux bouts de l'intestin, on les libéra en protégeant le péritoine grâce à des compresses. Le bout côlique était très épaissi. On réséqua une largeur d'intestin de deux centimètres sur chaque bout, puis, on voulut faire l'anastomose des deux bouts au moyen du bouton de Murphy non articulé. Mais l'application du bouton fut d'une application très pénible, l'épaisseur des parois intestinales étant très grande. On fit l'abrasion de la muqueuse. Pendant les longs essais que nécessita l'articulation du bouton, il se déclara un shock. Laissant alors en place les deux portions du bouton de Murphy non articulées, on fit par-dessus une entérorraphie hermétique pour terminer rapidement l'opération. Mais le malade mourut dans la nuit sans sortir de son état de shock. En somme, étant donné l'épaisseur considérable des parois de l'intestin, l'articulation du bouton de Murphy fut impossible, et le bouton qui, d'ordinaire raccourcit les opérations sur l'intestin a, au contraire, dans ce cas prolongé l'opération.

Une nouvelle méthode de traitement de la péritonite tuberculeuse (W. Nolar, *Niederländische Zeitschrift für Gesundheitskunde*, 1894). — S'appuyant sur trois cas traités par lui, l'auteur se prononce vivement en faveur de la méthode préconisée par v. Mosetig pour le traitement de la tuberculose du péritoine, à savoir, la ponction suivie de l'insufflation d'air stérilisé : en effet, Nolar est d'avis, que c'est le contact avec l'air qui agit le plus efficacement dans la péritonite tuberculeuse quand on a recours à la laparotomie; or, le procédé préconisé par lui, concourt au même but par des moyens beaucoup moins compliqués et, par suite, moins dangereux.

Des 3 cas traités par l'auteur par la ponction et l'insuf-

flation d'air stérilisé, 2 ont guéris, tandis que dans le troisième, mort 1/2 mois après l'opération, l'ascite ne s'est pas renouvelée. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, mai 1895, p. 287.)

REVUE DES LIVRES

Pathologie externe.

Leçons de clinique chirurgicale du professeur TILLAUX, rédigées et publiées par le Dr Paul THIÉRY. (Paris 1895, Asselin et Houzeau, éditeurs ; 1 vol. 530 pages.)

Ce livre contient une grande partie des leçons faites par le professeur Tillaux pendant ces trois dernières années à la Pitié et à la Charité. Ces leçons faites avec le talent et la clarté bien connus du maître qui a écrit le *Traité de chirurgie clinique* ont été rédigées avec le plus grand soin par le Dr Thiéry, chef de clinique de la Faculté. C'est un véritable recueil de faits isolés dans lesquels chaque malade est l'occasion d'une étude particulière, à la fois, au point de vue de l'affection chirurgicale, et à celui du diagnostic et du traitement approprié.

Œuvres complètes du Dr E. RELIQUET, ancien professeur libre à l'École pratique de la Faculté de médecine, réunies et publiées par A. GUÉPIN, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

TOME Ier. — TRAITÉ DES OPÉRATIONS DES VOIES URINAIRES. Opérations qui se pratiquent sur l'urèthre ; Cathétérisme, boutonnière urèthrale, examen du canal avec les instruments spéciaux, différents procédés pour porter des topiques dans l'urèthre, urèthrotomies, opérations dirigées contre les fistules urinaires ou contre les vices de conformation du canal. Un portrait de l'auteur et une étude sur l'intoxication urineuse sont placés en tête de ce volume. Prix 6 francs.

TOME II. — TRAITÉ ET OPÉRATIONS DES VOIES URINAIRES. Opérations qui se pratiquent sur la vessie : examen de la vessie; injec-

tions vésicales; opérations pratiquées dans la vessie par l'urèthre; lithotritie, avec la description détaillée des instruments et du manuel opératoire de l'auteur; procédés d'extraction des corps étrangers; tailles chez l'homme et chez la femme. Prix : 6 francs.

TOME III. — LEÇONS SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES faites à l'École pratique de la Faculté de médecine. Étude de la miction; spasmes de la vessie et de l'urèthre; action du chloroforme sur l'urèthre et sur la vessie; stagnations d'urine. Prix : 6 francs.

Les œuvres complètes de M. le Dr Reliquet formeront 6 volumes. Les tomes IV, V, VI, paraitront avant le 1er novembre 1895.

L. Bataille et Cie, éditeurs, 23, place de l'École de médecine. Envoi franco contre mandat-poste,

Médecine générale.

Précis clinique des maladies du système nerveux, par le Dr G. ANDRÉ, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. (Paris 1895, Octave Doin, éditeur; 1 vol. de 1,056 pages.)

Ce précis clinique des maladies du système nerveux est un véritable traité complet des affections nerveuses tout à fait au courant des travaux nouveaux, parus dans ces dernières années.

L'auteur commence par initier le lecteur sur la semeiologie indispensable à connaître pour les études de neuropathologie; puis après avoir parlé de l'hérédité, qui joue un rôle si important dans les maladies nerveuses, l'auteur aborde l'étude des maladies du cerveau, du cervelet et du bulbe rachidien; les affections des méninges et de la moelle épinière viennent ensuite, suivies des différentes maladies nouvelles telles que la maladie de Thomson, la maladie de Fridreich, la syringomyélie, etc. Les myopathies et les myélopathies sont également décrites avec soin. Enfin, l'auteur, après avoir passé en revue les affections des nerfs et les névroses, termine son livre par un précis d'électricité médicale et d'électrothérapie.

La lèpre dans ses aspects cliniques et pathologiques, par les Drs G. ARMAUER HANSEN et CARL LOOFT, traduit par NORMAN WALKER, assistant de dermatologie à l'infirmerie royale d'Edimbourg. (Bristol, John Wright et Cie, éditeurs; 1 vol. de 145 pages.)

Ce livre écrit en anglais est une étude remarquable de la lèpre et son bacille. Cette question de la lèpre est actuellement à l'ordre du

jour et présente un intérêt de premier ordre car certains auteurs tendent à faire un rapprochement entre cette affection, la syringomyelie et la maladie de Morvan. Toutes ces questions sont traitées dans ce livre qui contient 5 planches en photographie dans le texte et 8 planches coloriées hors texte.

Les deux derniers chapitres traitent largement de l'étiologie et de la thérapeutique de cette affection.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par le Dr Gilles de la Tourette (seconde partie, 2 vol., Plon et Nourrit, éditeurs, 1895).

Les deux nouveaux volumes du traité de l'hystérie du Dr Gilles de la Tourette finissent ce travail si complet sur la grande névrose qu'on commence à bien connaître aujourd'hui grâce à l'auteur qui a fait don aux praticiens et aux élèves, d'un véritable traité classique. Dans cette nouvelle publication l'auteur traite tous les paroxysmes de l'hystérie.

Parmi les parties intéressantes de l'ouvrage, nous pouvons citer un caractère pathognomonique de la névrose dans des cas où la confusion est possible : nous voulons parler de l'inversion de la formule des phosphates; il faut encore signaler comme chapitre original celui qui traite de la diathèse vaso-motrice qui explique la pahogénie de certains phénomènes cutanés, tels que le dermographisme, les ecchymoses spontanées, la gangrène cutanée chez les hystériques.

Le Dr Gilles de la Tourette montre encore que la tétanie, si rare en France et qui paraît si commune dans certains pays étrangers où l'hystérie semble méconnue, n'est pas autre chose qu'une crise apparaissant sous forme de contracture hystérique.

L'ouvrage se termine enfin par un exposé clair et pratique des moyens thérapeutiques qui permettront aux praticiens de combattre cette commune et fâcheuse névrose.

Anatomie.

Recherches anatomiques sur les artères des os longs, par le Dr Siraud. (1 vol. de 100 pages, Octave Doin, éditeur, 1895.)

Ce travail fait au laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon, porte sur le système artériel des os longs, humérus, cubitus

et radius; fémur, tibia et péroné. Il comble une grosse lacune, l'étude des vaisseaux des os étant à peine indiquée par les auteurs classiques.

Voici les conclusions de cet intéressant mémoire que terminent 4 planches en chromolithographie : Il existe, pour les os longs des membres, une disposition caractéristique des vaisseaux artériels dont la formule schématique peut être ainsi exprimée : Autour de chaque épiphyse se trouve un cercle artériel embrassant l'os dans son circuit, formé par des artères importantes, le cercle artériel périépiphysaire fournit à l'extrémité de l'os long des branches périostiques et surtout intra-osseuses. La diaphyse est vascularisée par le réseau artériel périostique, ramifié dans l'épaisseur du périoste. Ce réseau est alimenté par des sources diverses : les troncs artériels principaux, des artères musculaires, cutanées... De la face profonde du périoste partent de fines artérioles qui se rendent au tissu osseux diaphysaire par les canalicules de Havers. Le canal diaphysaire et la moelle qu'il renferme sont irrigués par une artère volumineuse : la nourricière diaphysaire ou artère médullaire qui, dans le canal se divise en deux branches inégales en calibre et en longueur. Ces divers systèmes de vaisseaux artériels des os longs sont en communication constante les uns avec les autres; il n'y a pas de territoire vasculaire distinct pour une partie d'un os long.

L'Hygiène.

Traité d'hygiène publique et privée, par le Dr Jules Rochard. (Paris 1895, Bataille et Cie, éditeur, 2e et 3e fascicule.)

Les deux fascicules (2 et 3) qui viennent de paraître du *Traité d'hygiène publique et privée* du Dr Jules Rochard comprennent : la fin du chapitre II sur les airs, les eaux et les lieux : on y trouve les questions suivantes : l'atmosphère et les climats. Le commencement du chapitre III qui a trait à l'hygiène de l'habitation ; les villes, les maisons, les habitations collectives, les services complémentaires de l'habitation.

Toutes ces questions sont traitées de main de maître et avec tout le talent et la compétence qui caractérisent l'auteur.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 167.9.95.



Louis PASTEUR

La France a fait, le 5 octobre, de magnifiques funérailles à Louis Pasteur, qui a vu sa dépouille mortelle suivie par tout ce que le pays compte d'illustre et entourée d'autant d'honneurs que celle d'un souverain.

Souverain, il l'était, de par la force du génie, et l'une des plus belles antithèses morales de ce siècle sera certainement la destinée de cet enfant des Vosges, dont la vie tout entière s'écoula de la manière la plus modeste, tandis que la renommée entourait, dans le monde entier, d'une auréole de gloire, son nom et son œuvre.

La révolution opérée dans les sciences naturelles, chimiques et médicales par les travaux de Pasteur est immense, aussi ses premières recherches furent-elles combattues avec véhémence par les représentants des vieilles théories. L'homme, d'ailleurs, tout entier à son œuvre, représentait non seulement un savant, mais aussi un terrible lutteur; sa polémique était ardente et passionnée, et les échos de l'Institut et de l'Académie de médecine frémissent encore des joutes violentes qui se sont livrées entre Pasteur et ses contradicteurs.

Celui-là ne tarda pas à triompher et, depuis quinze ans, nul ne songe à nier le rôle des bactéries dans les fermentations et dans les maladies infectieuses, la doctrine du maître s'est imposée et sur les débris des vieilles théories scientifiques s'est élevée une science nouvelle, qui a transformé, non seulement la médecine, mais encore toutes les industries qui reposent sur les fermentations.

L'agriculture doit à Pasteur la connaissance exacte du charbon et la possibilité de préserver les animaux de cette terrible maladie par la vaccination charbonneuse. Les vignerons et les brasseurs lui doivent la *pastorisation*, les sériciculteurs ont été sauvés de la ruine par ses travaux sur la panspermie des vers à soie.

C'est par milliards qu'il faut compter les sommes rendues par lui à l'industrie, grâce à ses admirables travaux sur le charbon et sur les fermentations, et cependant Pasteur n'a jamais voulu sortir de son rôle de savant, pour prendre la part qui lui était bien due des richesses sauvées. En échange des services rendus à son pays et à l'humanité, il demanda seulement des moyens de travail plus puissants, pour être à même de poursuivre de nouvelles investigations.

Mais c'est en médecine surtout, que le rôle de Pasteur se montre d'une façon tellement géniale, que l'on est en droit de soutenir que jamais aucun homme n'aura accompli en si peu de temps une pareille révolution.

Par lui, en effet, les bases de la pathologie générale ont été transformées de fond en comble. Par lui, la bactériologie a été fondée de toutes pièces et, grâce aux travaux du maître et des nombreux élèves ou imitateurs faits par lui, dans le monde entier, des notions nouvelles sur la pathogénie des maladies infectieuses sont nées, au plus grand profit de la thérapeutique.

L'antisepsie et l'asepsie, ces éléments de la chirurgie moderne, n'existaient pas avant lui. Certes, Guérin et Lister avaient entrevu les progrès à chercher, mais c'est Pasteur qui, par ses recherches brillantes sur les bactéries, a montré leur rôle dans la septicémie et cela avec une si admirable clarté, que, du jour au lendemain, comme par un coup de baguette de fée, la septicémie, la fièvre purulente ce cauchemar des opérateurs et des accoucheurs avait fui, tuée par l'œuvre de l'illustre maître.

Après ce triomphe, la médecine avait fait, en un jour, plus de progrès que nos pères en plusieurs siècles. Une ère nouvelle se créait ; coup sur coup, des théories nouvelles se faisaient jour, sur le rôle de l'infection dans les diverses maladies, sur les effets des toxines sécrétées par les bactéries, sur la possibilité de créer l'immunisation ou de tenter la thérapeutique des maladies infectieuses par la vaccination.

C'est ainsi que nous avons vu, entre mille autres, la vaccination contre la rage et la diphtérie, les tentatives de Koch et de tant d'autres contre la tuberculose, le choléra, le tétanos, l'érysipèle, etc.

Certes, si les résultats du traitement contre la rage et la diphtérie ont été acceptés d'emblée, officiellement, pourrait-on dire, en raison de l'autorité du maître et de son collaborateur Roux, il n'en a pas été de même des autres et de graves déboires doivent être enregistrés.

Mais qu'importe ! Si les tâtonnements sont lents, si même, dans l'avenir, la foi fléchit relativement à des résultats considérés aujourd'hui comme acquis, le champ immense des investigations n'est-il pas ouvert à l'ardeur des recherches modernes ? Les résultats biologiques démontrés exacts ne sont-ils pas là, pour diriger les savants dans la voie nouvelle ?

La Thérapeutique est une science ardue et pleine de décevances, on ne doit s'y engager qu'avec une prudence souveraine et un scepticisme raisonné; ce n'est pas en un jour, en un an, en un siècle même que l'homme pourra prendre possession de procédés efficaces pour lutter contre les maladies qui l'assiègent.

Mais, grâce à Pasteur, grâce à la foi persévérante et fanatique de ses élèves, les progrès marchent, les faits s'accumulent. Pour réussir en toute chose, il faut, comme le disait le maître « une foi aveugle en un idéal ». Il est bien facile à l'observateur critique de mettre en évidence la contradiction et les empressements trop hâtifs. Mais la critique est par essence inféconde et la foi seule peut soutenir le savant dans ses recherches pénibles : cette foi, Pasteur la possédait au suprême degré et c'est elle qui lui a donné

les intuitions géniales qui mettront son nom à côté, peut-être même au-dessus de tous les grands noms qui ont illustré les bienfaiteurs de l'humanité, car il a sauvé de la mort des millions d'êtres humains.

L'œuvre de Pasteur le place assurément en tête de tous les génies, pourtant nombreux du XIXe siècle, sa gloire pure et sans aucune tache d'intérêt personnel a répandu son nom dans le monde entier et devant elle toutes les nations se sont inclinées.

Par l'immensité des services rendus, Pasteur appartient à l'humanité tout entière, mais cependant nous ne pouvons oublier que cet enfant de France a fait respecter la science française au début d'une ère douloureuse, à un moment où, peuple vaincu et succombant sous le poids de ses fautes, nous étions volontiers rabaissés par les autres nations. Certes, les heures pénibles sont aujourd'hui loin de nous, la France a pu se relever de ses défaites et reprendre le rang qui lui appartient, mais, dans cette rénovation générale, le grand nom de Pasteur n'a-t-il pas la plus grande part? La justice veut que nous répondions affirmativement, et en rendant à cet homme de bien, au moment de sa mort, un hommage souverain, la France n'a fait que lui payer le juste tribut de reconnaissance qui lui était dû.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Revue générale thérapeutique et pathogénique.

Par M. A. Tripier (1).

Messieurs, voici un siècle et demi que la thérapeutique utilise l'énergie électrique ; un siècle environ qu'on la fait intervenir dans les recherches physiologiques. Après des résistances sur lesquelles ce n'est pas ici le lieu de s'arrêter, les utiles contributions de l'électricité à l'art de guérir commencent à être acceptées. Depuis la fondation de notre Société, je songeais à porter un jour devant elle une question dont la situation générale au moins ne pouvait manquer d'intéresser ses membres ; mais j'ai été jusqu'ici retenu par la crainte d'avoir à entrer, à son endroit, dans des considérations dont le vague pourrait gêner les habitudes d'esprit d'un milieu scientifique. Vous me pardonnerez d'apporter, dans une réunion où l'on est habitué aux développements précis, aux assertions bien définies, l'exposé de tentatives dont l'histoire procède par des soubresauts qu'on ne rencontre guère dans les évolutions scientifiques.

C'est entre 1740 et 1750 que, partant de l'observation des secousses provoquées par la décharge disruptive des machines à frottement, on a essayé ces secousses contre les

(1) Nous sommes heureux de pouvoir donner aux lecteurs du *Bulletin* la très intéressante conférence faite par notre collaborateur A. Tripier à la Société des électriciens. Ce travail a l'avantage de résumer d'une façon claire et précise les changements survenus depuis une dizaine d'années dans l'électrothérapie à la suite des progrès accomplis par les physiciens. Dr G. B.

affections caractérisées par l'abolition du mouvement, et, par extension, contre toutes les impotences fonctionnelles. En même temps, l'observation de la divergence des cheveux pendant la charge d'un sujet, conduisait à essayer celle-ci dans des voies moins définies.

Vers 1785, ces applications commençaient à jouir de quelque faveur, lorsque bientôt les découvertes de Galvani, puis de Volta, les firent abandonner. Le couple de Galvani n'a pas d'histoire médicale : la pile de Volta le fit vite oublier ; j'essaye, depuis quelques années, d'en ramener l'usage.

La fortune de la pile de Volta ne fut d'abord guère plus brillante : on s'en servit pour donner des secousses à la fermeture du circuit, sans utiliser l'action chimique de son fonctionnement permanent. Son introduction fit abandonner l'emploi des machines statiques, qu'elle fit juger incommodes et encombrantes ; mais on ne tarda pas à voir que, même à ce point de vue étroit, on n'avait rien gagné ; et la pile fut abandonnée à son tour, sans qu'on revînt pour cela aux machines à frottement. Il faut arriver vers 1850 pour voir se répandre, bien modestement, l'usage du courant voltaïque continu.

Autour de 1830, la découverte des phénomènes d'induction avait conduit à établir des appareils (bobine de Masson, machine de Pixii) qui ramenèrent l'attention sur l'usage de l'électricité, surtout, je crois, parce qu'il fut établi de ces instruments des modèles maniables. Mais ce n'est qu'à partir de 1850, lorsque parurent les travaux de Duchenne, que les applications des courants induits commencèrent à se répandre.

Aujourd'hui, *la mode* ramène aux machines dites *statiques*, en attendant peut-être qu'elle les abandonne encore pour les appareils à courants sinusoïdaux de M. d'Arsonval et les pratiques qui découleront nécessairement de ses belles

expériences sur l'induction par courants alternatifs de hautes fréquences. Faisons en sorte que ces évolutions ne nous fassent pas perdre le bénéfice des acquisitions antérieures, comme il est arrivé jusqu'ici toutes les fois qu'un instrument nouveau, ou renouveau, a été mis entre les mains des médecins.

Les cahots de l'histoire dont je viens de rappeler les grands traits ne sont provoqués ou influencés par aucune considération physiologique ou thérapeutique ; tout s'y réduit à des questions d'instruments qui se succèdent et se remplacent au hasard de la fabrication : pour les médecins, le dernier paru doit être le meilleur.

Quand il s'agira de formuler les opérations à exécuter avec ce matériel, c'est à lui qu'on empruntera une terminologie ; mais celle-ci suivra les changements d'appareils de trop loin pour fournir les renseignements qu'on en devrait attendre. Tout d'abord, au siècle dernier, le mot *électrisation* suffit ; avec quelques adjectifs bien choisis, il dit clairement ce qu'il veut exprimer. Après Galvani, il est remplacé par *galvanisation*, qui, aujourd'hui encore, a cours pour tout ce qui n'est pas électrisation par les machines à frottement ou par les électrophores à rotation.

Cependant Duchenne de Boulogne avait proposé le mot *faradisation* pour indiquer l'emploi des courants d'induction ; ce néologisme commence seulement à entrer dans l'usage.

Lorsque les applications du couple de Galvani me parurent mériter d'être reprises, je proposai de leur réserver le nom de *galvanisation*, et d'appeler *voltaïsations* les applications dans lesquelles le patient ne fait plus partie du moteur, mais est intercalé dans la portion extérieure de son circuit ; cette distinction n'est pas encore acceptée.

Pour les applications, récemment reprises, des machines dites *statiques*, on a proposé le nom de *franklinisation*. Il

est peu euphonique, mais permet de restituer au mot *électrisation* son sens générique ; il a été accepté sans difficulté.

Avec ces dénominations, aidées au besoin de quelques adjectifs (continu, discontinu, oscillant), nous parviendrons à nous entendre, c'est-à-dire à indiquer, ou à peu près, le procédé employé dans une application donnée.

Si je viens de m'arrêter sur cette question d'un essai de terminologie que les physiciens nous reprochent quelquefois sur des raisons plausibles, c'est que je la crois défendable, au moins pour un temps : l'évolution de l'électrothérapie ne nous a pas permis d'essayer de nous faire comprendre autrement. Ce n'est là, sans doute, qu'une logomachie provisoire ; une classification des ressources *médicales* que nous offre l'électricité devra être basée, non sur le matériel électromoteur, mais sur les actions qu'il nous permettra d'exécuter : actions permanentes ou variables, à périodes longues ou courtes, à intensités et à tensions fortes ou faibles. Cette classification sera-t-elle possible avant la fin du siècle prochain ? J'en doute ; et c'est ce qui me fait prendre la défense d'expédients sur lesquels je crois qu'il serait utile de se mettre d'accord ; ce qui est d'ailleurs loin d'être fait.

Avant de passer de la physique à la thérapeutique, il nous faudrait compter avec la physiologie, normale d'abord, pathologique ensuite.

On a vu des contractions musculaires provoquées par la décharge disruptive (franklinienne, voltaïque, faradique), intéressant les nerfs et les muscles. La pratique est partie de là, et de là seulement. Des études d'électrophysiologie ont bien été poursuivies dans les laboratoires ; mais elles ont été et sont encore sans influence sur la pratique médicale ; je n'aurai guère à m'y arrêter.

C'est surtout en mettant de l'ordre dans les idées susci-

tées par l'observation sommaire qu'a été féconde une expérience classique de Cl. Bernard, qui remonte à quarante ans.

Dans le circuit extérieur d'une pile sont intercalés un voltamètre à décomposition d'eau, un train postérieur de grenouille et un interrupteur à mouvement d'horlogerie. Le moteur est unique ; c'est la pile. L'interrupteur sert à rendre à volonté l'action de cette pile continue ou intermittente. Le voltamètre et la grenouille sont des réactifs destinés à accuser les effets produits par le passage du courant. Or, quand l'interrupteur est au repos, que le courant passe d'une manière continue, on voit un dégagement de bulles gazeuses accuser la décomposition de l'eau dans le voltamètre ; pendant ce temps, aucun effet n'apparaît dans la grenouille. Qu'on fasse alors fonctionner l'interrupteur : le courant devient intermittent ; la décomposition de l'eau cesse d'être apparente dans le voltamètre ; mais le train postérieur de la grenouille entre en convulsions.

Depuis cette expérience, les effets des flux et des courants ont fait distinguer des actions *variables* et des actions *permanentes ;* c'est sous ces titres que nous les passerons en revue.

D'une manière générale, et sous des réserves que nous aurons à préciser, on a admis, d'après l'expérience de Cl. Bernard, que les réactions mécaniques et physiologiques (les réactions *fonctionnelles* immédiates) seraient plus spécialement liées à l'*état variable*, tandis que les réactions *nutritives* dépendraient plutôt de l'action *permanente*. Il ne faudrait pas prétendre, par cette proposition, exclure les conséquences nutritives des actions variables, pas plus que les conséquences fonctionnelles des actions permanentes; mais alors les effets d'ordre fonctionnel ou d'ordre nutritif sont indirects, secondaires. Leur valeur thérapeutique n'en est pas amoindrie ; mais il importe que la décision de

celui qui les applique tienne compte du mécanisme et de l'enchaînement des réactions physiologiques qu'il cherche à provoquer.

L'idée thérapeutique mère, en électrisation variable, a été toujours le réveil, par l'excitation de la variation d'état électrique, d'une fonction neuro-musculaire endormie. Comme les anciens, on étendit cette indication des muscles aux glandes.

Les résultats obtenus de ces actions variables ne devaient pas être restreints à l'appareil locomoteur : il y avait lieu de les poursuivre dans la thérapeutique des appareils viscéraux ; c'est de ce côté surtout que je dirigeai mes recherches, limitées par un ordre d'obstacles (les complications fébriles) sur lequel j'aurai à m'arrêter tout à l'heure.

Les premières tentatives de Thérapeutique splanchnique visèrent les effets mécaniques des contractions musculaires : voltaïsation discontinue contre l'obstruction intestinale (Leroy d'Étiolles, 1825) ; faradisation, contre les mêmes accidents (Duchenne, Tripier) ; faradisation dans la cure des hernies (Tripier) ; faradisation pour arrêter les hémorragies après l'accouchement (Radford). C'est dans le même ordre d'idées que, m'adressant à l'utérus à l'état de vacuité, je demandai à des contractions de sa masse ou à des contractions isolées d'une de ses faces la cure de ses engorgements et de ses déviations ; que, m'adressant à l'utérus aussitôt après la délivrance, je le faradisai pour favoriser son retrait, diminuer par là les chances d'infection puerpérale, et abréger la convalescence de l'accouchement.

La sphère de ces actions dépassait toutefois les buts visés, et l'épreuve clinique nous ménageait nombre d'heureuses surprises. Nous nous étions adressé à la motricité, mais par des moyens qui affectaient plus ou moins la sensibilité ; d'où des réflexes qui n'intéressaient pas seulement

les muscles que nous voulions faire contracter ou tétaniser.

Mon premier étonnement de ce genre porta sur la circulation : la faradisation du scrotum, pratiquée en vue d'une hydrocèle enkystée du cordon spermatique, rendait perceptibles au doigt, et cela pendant la séance seulement, les pulsations de l'artère spermatique. La faradisation en masse d'une région y déterminerait donc une *hyperémie,* une suractivité de la circulation, passagère. Celle-ci pouvait être utilisée soit pour *drainer* la région (et c'est beaucoup par là que devaient agir mes faradisations utérines), soit pour opérer des *dérivations ;* et c'est ce qui me conduisit à opposer couramment la faradisation en masse du bassin aux menaces de congestions vers la tête et surtout vers la poitrine, congestions si communes notamment chez les femmes en travail de ménopause.

Quant au drainage circulatoire, il expliquerait, au moins partiellement, les bons effets obtenus de la faradisation contre les épanchements synoviaux, contre certains épanchements séreux, contre les effets congestifs des traumatismes récents et les *stases* qui leur succèdent dans les traumatismes anciens (entorses, luxations réduites, contusions, etc.).

L'excitation de l'état variable (et sa forme la plus commode, la seule qui ait été largement expérimentée jusqu'ici, est la faradisation) nous donne donc déjà le moyen de remplir bien des indications thérapeutiques : sollicitation au mouvement localisé ou généralisé, soit en vue de ce mouvement lui-même, soit en vue de ses conséquences mécaniques ; et suractivation de la circulation, soit en vue des effets locaux de cette irrigation sanguine, soit en vue d'opérer des dérivations.

Ce dernier objectif (celui d'opérer des dérivations) m'amène à envisager l'excitation variable au point de vue d'un autre ordre d'indications qui a toujours tenu une large

place en thérapeutique : il s'agit de la *révulsion*. Là où la dérivation agit directement, quoique par appel éloigné, la révulsion agit sur place par mécanisme réflexe. S'il n'y avait qu'à choisir, mes préférences, lorsqu'il s'agit de décongestionner une partie qui se prête mal au drainage faradique, serait pour la dérivation, dont le mécanisme est plus simple. Mais, dans la pratique, le choix est commandé par des difficultés locales à subir : on n'a pas toujours, en relations circulatoires prochaines avec l'organe visé, un *bassin de chasse* à sa disposition ; et puis, la différence des modes d'action et des réactions accessoires ou tenues pour telles, qui en sont la conséquence, entraîne nécessairement quelques différences dans le résultat massif final.

L'électrisation variable nous offre de nombreux moyens d'effectuer tous les degrés et toutes les formes de révulsions sans traumatismes, sans offenser la peau, permettant, par conséquent, la répétition aussi fréquente qu'il sera utile d'actions qui, dans la pratique usuelle, ne se peuvent répéter qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Si l'on tient compte de ces facilités, et qu'on envisage d'autre part l'étendue de l'influence que prennent les réflexes provoqués, qui ne visent pas seulement les modifications circulatoires mais aussi des réactions nerveuses, on se fera une idée du rôle considérable que sont appelées à jouer, en Thérapeutique, les formes variées de révulsions électriques.

Sans avoir à entrer dans le détail des procédés d'électrisation variable, je ne puis éviter, puisqu'il s'agit aujourd'hui de thérapeutique, quelques réflexions sur l'usage médical du matériel que nous y employons.

D'une manière générale, c'est aux appareils volta-faradiques qu'on donne encore la préférence. La facilité d'y avoir des bobines à fils suffisamment gros et courts, qui ne sont encore que très exceptionnellement entre les mains des praticiens, pourrait dispenser de recourir à la variation

d'état voltaïque. L'usage de bobines à fils très fins suppléerait-il à celui des appareils frankliniens? Peut-être, pour les chocs ou étincelles ne visant pas ou ne visant qu'indirectement la situation musculaire ; mais la gamme des nuances entre les actions énergiques et les actions douces (chocs, étincelles, frictions, aigrettes, souffles) est plus étendue et plus facile à parcourir avec les machines dites *statiques*.

Faut-il renoncer à ces dernières pour obtenir des réactions neuro-musculaires indolores ? Non. Mais à la condition de les employer, comme W. Morton et moi l'avons indiqué, en supprimant les *réactions de passage*, c'est-à-dire en évitant la disruption au niveau de la peau, et n'y appliquant que des contacts humides. On sait que les mêmes résultats de contractions indolores sont obtenus par M. d'Arsonval en introduisant un condensateur en dérivation dans le circuit induit de l'appareil volta-faradique. Vous me permettrez de ne pas m'arrêter sur ces faits, qui soulèvent une grosse question d'électro-physiologie dont la théorie des alternateurs à hautes fréquences préparera sans doute la solution.

Il est une classe d'appareils faradiques auxquels on a, depuis longtemps, à peu près renoncé, et que nous allons voir rentrer en scène, et, sans doute, en grande faveur : il s'agit des appareils *magnéto-faradiques*. On les avait abandonnés surtout parce que leur emploi exigeait le secours d'un aide, parce que la mise en mouvement d'une manivelle manquait de solennité, quelquefois peut-être aussi parce que la variation d'état y était moins *variable*, s'étalant, inégale, sur une durée très appréciable. Moins propres que les appareils volta-faradiques à donner la variation brusque, ils pouvaient, malgré cela ou même à cause de cela, offrir, en thérapeutique, des mérites à l'endroit desquels j'avais cru devoir faire autrefois des réserves. Leur usage conduisait à des applications *mixtes* dont l'étude me paraissait

alors devoir être ajournée jusqu'à ce que nous eussions des données plus exactes sur les applications tout à fait *variables* et sur les applications *permanentes ;* aujourd'hui, un instrument nouveau, le moteur à *courants sinusoïdaux* de M. d'Arsonval, tout à fait propre à l'étude des actions *oscillantes*, va faire rentrer en scène ce matériel abandonné.

L'étude des réactions provoquées par l'électrisation *permanente* est moins avancée que celle des réactions en rapport avec les applications variables.

Lorsqu'un courant voltaïque a son circuit fermé sur deux points d'un organisme vivant ou mort, l'observation accuse des manifestations chimiques sous les points d'application des électrodes: apparitions d'acides sous l'électrode positive, d'alcalis sous l'électrode négative. De là des actions secondaires, actions extérieures, qu'on utilise en Chirurgie mais qui n'ont pas à nous occuper ici.

Mais que se passe-t-il dans la zone intermédiaire aux points d'application des électrodes? Rien, suivant la plupart des médecins qui ont opiné sur ce point. *A priori*, c'était inadmissible. A l'examen immédiat, Remak avait constaté dans cette zone intermédiaire un état de contraction tétanique incomplète auquel il a donné le nom d'état *galvanotonique*, et qu'il attribuait à une *action du courant sur les nerfs*. Ayant observé l'état galvano-tonique aussi bien, sinon mieux, chez des animaux empoisonnés par le curare que chez des animaux décapités, je le tins pour une réaction surtout musculaire. Ayant, d'autre part, utilisé comme réactif la sensibilité gustative, j'ai montré (1861) que cette zone intermédiaire aux points d'application des électrodes était, à des degrés divers, impressionnée de la même façon que ses points extrêmes ; à cette preuve physiologique est venue s'ajouter plus tard celle tirée de l'examen histologique (Weiss, 1890). L'état galvano-tonique s'expliquerait dès lors comme conséquence d'excitations chimiques variables à

alternatives rapides, liées à l'imprégnation des tissus par des liquides en continuel état de décomposition et de recomposition molécule à molécule. Quoi qu'il en soit des interprétations, la zone intermédiaire aux points d'application d'un courant continu aussi constant que possible n'est pas à l'état de repos.

Les actions chimiques qui se constatent sous les points d'application des électrodes ne sont donc pas seulement superficielles, mais s'étendent en profondeur. On n'a pas attendu que leur nature fût établie pour les essayer en thérapeutique, ou plutôt pour leur attribuer des résultats qu'on rattachait à ce que l'on appellera, d'après M. Chauveau, la *voltaïsation polaire*. Dans ce courant d'idées, on appliqua surtout, depuis Remak, la voltaïsation polaire *positive*, à laquelle on attribua, avec raison, m'a-t-il semblé, des vertus *antiphlogistiques* et *antirhumatismales*. On a moins expérimenté la voltaïsation polaire *négative*, dont l'action résolutive sur les tumeurs solubles m'a seulement paru plus marquée. Il y aura lieu, avant de se prononcer sur ce point, de rechercher préalablement quels caractères décideront qu'une tumeur est ou n'est pas capable de résolution.

J'ai dit plus haut les raisons de fait qui ne permettaient pas d'admettre la neutralité de la portion du circuit, qui, à travers l'organisme, réunit l'électrode qu'on désire *active* à celle qu'on tient pour *indifférente*. J'admets qu'au contraire, corformément d'ailleurs à une tradition qui se réclame de l'épreuve clinique, il y a quelque chose à demander à une voltaïsation *longitudinale*, dans laquelle le trajet du courant comprendrait celui d'un nerf ou d'une partie des centres nerveux. Il me reste à dire d'où je suis parti pour supposer une valeur thérapeutique à cette voltaïsation longitudinale, et quel genre de services je lui demandai.

Des recherches électrophysiologiques commencées par Nobili, poursuivies par du Bois-Reymond, Cl. Bernard, Mat-

teucci, d'Arsonval, ont établi que l'électrolyte vivant est lui-même un électromoteur ; que le courant de l'électromoteur musculaire ou nerveux *au repos*, son *courant de nutrition*, est dirigé de l'extrémité des membres à leur racine; dans les centres nerveux, de la périphérie au centre. Au fonctionnement physiologique répond un contre-courant centrifuge sur lequel je ne m'arrêterai pas : c'est le courant de nutrition que j'ai seul en vue dans mes spéculations thérapeutiques. Des expériences qui établissent la direction générale centripète du courant de nutrition, de repos, du *courant propre*, j'ai cru pouvoir conclure que, dans les névropathies sans lésion irrémédiable et définitive, les courants centripètes devaient être favorables à la nutrition en agissant dans le sens des conditions physiologiques normales, auxquelles ils apportent un renfort. Admettant, en outre, que *toutes les* LÉSIONS *sont localement dépressives, ne donnant qu'indirectement lieu*, par des ruptures d'équilibre, *à des phénomènes d'exaltation*, j'employai la voltaïsation centripète, soit des nerfs, soit de l'axe rachidien, dans tous les cas où le système nerveux me paraissait primitivement en cause. Les phénomènes douloureux et convulsifs en général, les douleurs de l'ataxie locomotrice, les gastralgies et cardialgies, les toux et dyspnées convulsives, les contractures, les tremblements paralytiques, les insomnies, l'éréthisme algique ou convulsif des convalescences laborieuses, etc., me paraissent toujours, après trente ans d'épreuve, se bien trouver de cette pratique, en laquelle ma confiance a été fortifiée par un accident d'outillage qui m'a fourni des épreuves cliniques contradictoires.

Lorsqu'il s'est agi des applications de l'état électrique variable, nous nous sommes trouvés en possession d'un matériel qui permettait d'y faire face dans des conditions très variées. L'outillage courant de l'électrisation permanente se prête moins à ce qu'on pourrait être tenté de lui deman-

der. Avec les piles que mettent à notre disposition les constructeurs, on obtient à souhait, pour les écarts de résistances qu'offrent les diamètres du corps sur lesquels on opère habituellement, les courants usuels de 3 à 15 ou 20 milli-ampères, sous des tensions de 4 ou 5 à 20 volts, réglant les écarts entre les conditions de tension, d'intensité, de durée, surtout d'après les susceptibilités des parties ou des sujets sur lesquels on opère.

Or, je crois qu'il serait avantageux, dans bien des cas encore imparfaitement déterminés, d'agir plus longtemps avec des intensités très faibles, sous des tensions faibles ou considérables ; c'est ainsi que procède le mouvement physiologique, des allures duquel il y aurait lieu, quand on ne vise pas des effets perturbateurs, de tendre à se rapprocher.

Le *couple galvanique* remplit très bien l'indication des quantités très faibles sous faible tension ; je le laisse appliqué de huit à douze heures.

Dans d'autres cas, il serait avantageux, tout en conservant peut-être un peu de quantité au courant, qu'il eût une tension supérieure à 40 ou 50 volts. Les types de piles de Volta, de Pulvermacher, surtout de Zamboni, se polarisent trop vite pour qu'on puisse songer à les utiliser dans des applications de longue durée. Il s'est fait autrefois de petites piles au sulfate de plomb à couples nombreux, qu'on pouvait laisser appliquées jusqu'à une heure. C'est elles qui, employées à la voltaïsation sacro-postcervicale, m'ont donné les meilleurs résultats dans l'ataxie locomotrice. Il serait à désirer que la construction de ce genre d'électromoteurs fût reprise.

Enfin, il est une ressource qui n'a pas été employée, et qui pourrait être précieuse en fournissant, pendant des temps prolongés, des courants de quantité très faible, sous des tensions tout à fait considérables. On les obtiendrait de

petites machines frankliniennes actionnées par des moteurs fournissant un travail faible de longue durée. Les machines existent, comme jouets; mais les petits moteurs de longue haleine qui les actionneraient font encore défaut.

J'attacherais une grande importance à la construction de ces deux derniers genres d'électromoteurs, et voici pourquoi : je vous ai dit mon souci de voir les applications électriques permanentes se rapprocher, comme allure, de celle du type physiologique représenté surtout par le *courant propre*; or, une conclusion qu'on a oublié de tirer d'expériences de laboratoire qui cependant la permettaient, est que ce courant propre a une tension considérable.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les applications de l'état permanent, elles ne nous donnent pas encore les satisfactions spéculatives des actions variables. Certains résultats cliniques sont nets sans que les hypothèses sur leur mécanisme cessent d'être difficiles et obscures. La voltaïsation continue est certainement favorable à la nutrition musculaire; je la crois non moins favorable à la nutrition nerveuse. Est-ce en agissant à la manière de l'électrisation, variable par la constitution de l'état galvanotonique? On l'admet généralement; cela me paraît peu probable, au moins par mécanisme d'excitation fonctionnelle. Est-ce par le renforcement du courant propre de repos? C'est ce que j'ai commencé par admettre, tout en croyant à un mécanisme indirect. Serait-ce par une modification des conditions circulatoires? C'est possible et même vraisemblable; mais les données fournies sur l'influence de la voltaïsation continue sur la circulation sont contradictoires; et les observations de laboratoire n'ont porté jusqu'ici, à ma connaissance, que sur des membranes dont les rapports avec le sujet ne se présentaient plus dans des conditions normales.

Lorsqu'il a été question de l'électrisation variable, je vous

en ai signalé les effets généraux et vanté les mérites dans des conditions sur lesquelles il me faut maintenant revenir. Il est une ombre au tableau que je vous ai tracé, une contre-indication générale, au moins des procédés trop brusquement variables, trop nettement perturbateurs : c'est l'*état fébrile*.

Lorsqu'on faradise des fébricitants, des sujets présentant de la fièvre inflammatoire ou au cours d'un accès de fièvre intermittente, on note tout d'abord une exaltation de la sensibilité qui ne permet pas d'employer les doses acceptées durant l'apyrexie. Ensuite, les résultats, sédatifs à tous les points de vue, sur lesquels on croyait pouvoir compter, font défaut. Mêmes déceptions lorsque, dans les mêmes circonstances, on a recours à la franklinisation variable.

Cette contre-indication est-elle toutefois aussi absolue que me l'avaient d'abord fait craindre quelques observations sommaires? La fièvre hectique ne nous a pas empêchés, avec G. Sée, de recourir, chez un tuberculeux avec pneumothorax, *in extremis*, à d'énergiques faradisations révulsives des parois thoraciques, qui nous donnèrent un succès palliatif surprenant. Chez les cholériques, la faradisation est bien supportée ; mais doivent-ils être considérés comme fébricitants? faut-il écarter aussi de la classe des fébricitants les malades chez lesquels l'accélération du pouls accompagne les accidents de l'obstruction intestinale ? Eux encore supportent bien la faradisation. Enfin, les procédés d'électrisation variable n'ont pas tous été éprouvés, surtout au point de vue des dosages.

Les contre-indications qu'oppose l'état fébrile aux applications variables subsistent-elles quand on a recours à l'électrisation permanente? Je serais disposé à le croire, au moins pour les doses usuelles (de 5 à 20 milli-ampères), quand on a affaire aux états pyrétiques des phlegmasies franches. Mais dans quelques essais, commencés avec

Libermann en vue de tenter d'abaisser la température chez des fébricitants typhoïdes, nous n'avons rien remarqué qui pût faire croire à de la fatigue chez les sujets que nous soumettions à la voltaïsation continue sacro-postcervicale, avec des courants, faibles il est vrai, appliqués pendant un quart d'heure. A défaut des dosages usuels, il serait intéressant d'essayer dans les pyrexies les courants continus non encore expérimentés : ceux notamment de la galvanisation, et ceux de forte tension avec très faible quantité de la voltaïsation et de la franklinisation.

Ce sont là questions qui ne peuvent guère être abordées que dans un milieu hospitalier, dans un service de fiévreux convenablement outillé et dirigé avec la compétence technique voulue. Cette organisation ne pourra de longtemps être réalisée à Paris, où elle se heurtera aux résistances de trop massives administrations ; mais elle se fait à Bordeaux, à Lille, à Clermont, d'où nous attendrons des contributions à l'histoire électrothérapique des maladies aiguës.

Il serait prématuré d'insister sur les espérances que font concevoir les récentes acquisitions du matériel instrumental (moteurs sinusoïdaux et alternateurs à hautes fréquences), de rechercher par où ces nouvelles ressources se rapprocheraient des moyens dont nous disposons, par où elles s'en écartent. Mais je crois utile un arrêt sur des considérations d'un autre ordre, d'ordre pathologique, que je vous eusse présentées alors même que nos moyens d'action n'auraient pas été accrus : il s'agit de l'avenir qu'ouvrent aux spéculations électrothérapiques les découvertes physiologiques et pathogéniques contemporaines.

Les progrès de la physique nous ont conduits, grâce à une appréciation plus exacte des moyens, à remplir avec plus de discernement les indications de la thérapeutique; ceux de la physiologie, à asseoir ou à rectifier bien des

pronostics, notamment dans le champ des affections paralytiques. Les progrès récents de la pathogénie nous aideront à trouver la signification de quelques-uns des résultats imprévus que nous obtenons souvent dans des voies inconnues, et à en poursuivre d'autres. La pathologie est en voie de tranformation doctrinale, et il est intéressant de rechercher comment la *vieille thérapeutique,* dont je viens de vous entretenir, s'accommodera de ces révolutions; quelles atteintes elle en pourra éprouver; quel concours elle pourra leur prêter; dans quelle mesure elle leur a pu prêter déjà un concours efficace bien qu'inconscient.

L'expérience qui répandit dans le grand public le nom de Brown-Séquard, expérience que le monde médical n'accueillit d'abord qu'avec une extrême réserve et comme une facétie expérimentale, apparaît aujourd'hui comme cas particulier d'une loi générale découverte par l'illustre physiologiste. Cette loi, de mieux en mieux établie par la série des recherches poursuivies depuis avec la collaboration de M. d'Arsonval, est que *toute cellule, dans son évolution nutritive, rejette deux ordres de produits, les uns excrémentitiels,* ce que l'on savait, *les autres sécrétoires, destinés à rentrer dans la circulation pour y concourir à la réfection du sang.*

En cas de défaillance de la fonction sécrétoire de l'élément figuré, Brown-Séquard s'était demandé si l'injection sous-cutanée de produits similaires empruntés à un organisme sain ne pourrait suppléer à l'insuffisance hématopoïétique du sujet.

On sait les vicissitudes de cette vue, dont la justesse générale est aujourd'hui démontrée, les applications thérapeutiques qui en ont été faites avec des résultats pleins de promesses, et les difficultés de divers ordres qui ont limité l'extension et la vulgarisation de ces applications. Or pourquoi, puisque l'électricité permet d'influencer les activités

fonctionnelles, ne s'attaquerait-elle pas à l'organe défaillant pour l'amener, par une sollicitation de son activité nutritive, à fournir lui-même au sang la sécrétion qui fait défaut? Il n'est pas douteux que, sans le vouloir et sans le savoir, nous avons souvent réalisé cette expérience. Dans les guérisons que nous obtenons par des procédés qui ne nous ont semblé tout d'abord rationnels que parce que nous avions simplifié l'énoncé des problèmes, il est infiniment probable que ce mécanisme a sa part, la plus large souvent.

Quelle est cette part? Je crois que, pour la soupçonner d'abord, pour la faire ensuite, le mieux sera de partir des pratiques thérapeutiques acquises, introduisant dans leur interprétation, à côté des hypothèses qui ont conduit à les instituer, celles que comporteraient les horizons spéculatifs nouvellement ouverts ; l'expérimentation physiologique devant décider ensuite dans un conflit d'interprétations qui ne pourrait manquer de lui poser d'intéressantes questions.

Dans la voltaïsation ascendante de la région rachidienne, par exemple, il ne me paraît pas douteux que les résultats que l'on obtient doivent être, directement ou indirectement, attribués, au moins en partie, à des actions de cet ordre incito-sécrétoire. N'en serait-il pas souvent de même dans la faradisation localisée d'organes divers, où tous les effets ne s'expliquent qu'incomplètement par la suractivité mécanique imprimée à la circulation? Les modifications nutritives que l'on poursuit dans certaines anémies ne sont nulle part aussi rapides et aussi marquées que celles que donnent les bains faradiques, notamment dans les convalescences laborieuses des maladies aiguës ; là encore il y aurait lieu de demander des interprétations à la loi de Brown-Séquard.

Après avoir considéré comme une éventualité désirable, mais éloignée, de voir intervenir l'électricité dans le champ

ouvert à la thérapeutique par la découverte des sécrétions cellulaircs, la réflexion amène donc la conviction que ce vœu a déjà souvent reçu une satisfaction empirique.

L'influence de quelques formes au moins de l'électrisation sur les phénomènes de nutrition et, par suite, d'évolution cellulaire, conduit à se demander si elle ne pourrait avoir un rôle à jouer dans le champ, fort exploré de nos jours, de la microbiologie. Les beaux travaux de Davaine, l'extension qu'a donnée M. Pasteur aux découvertes de son devancier, ont donné un corps à la notion jusque-là vague et hypothétique de toute une classe de causes morbides en présence desquelles nous devons nous demander si l'électricité n'est pas appelée à les combattre, et par quels moyens?

Nous savons que certaines conditions de milieu rendent difficile ou impossible le développement et la pullulation des microbes. La chaleur a été essayée, dans des conditions, il est vrai, qui ne sont pas celles de la thérapeutique. Le rôle possible de la lumière est à l'étude et a déjà donné lieu à d'importantes constatations. Celui du mouvement vibratoire a été expérimenté par MM. d'Arsonval et Charrin avec des résultats qui autorisent des espérances. Enfin, dans l'ordre des phénomènes électriques, qui nous occupent surtout ici, M. d'Arsonval est arrivé à retarder la fermentation alcoolique, à empêcher certaines réactions chimiques lentes, à agir très nettement sur le développement embryonnaire, en transportant dans un champ magnétique les capsules où s'accomplissaient ces réactions. Opérant sur le bacille pyocyanique avec les courants alternatifs de hautes fréquences, il en a nettement atténué la virulence au bout de quelques minutes, la fonction chromogène étant supprimée tout d'abord ; si l'expérience dure une demi-heure, on arrive à tuer le bacille; si l'on injecte ce bacille

dans les tissus d'un animal vivant, on arrive à l'atténuer sur place par des courants que l'animal ne ressent en aucune façon.

N'y aura-t-il pas lieu, dans le même courant d'idées, de remonter plus haut : au delà du microbe *en puissance ?* On sait que, pour M. Béchamp, la *cellule* n'est pas l'*élément vivant ;* que celui-ci est le *microzyma*, la *granulation moléculaire* des micrographes, dont il a démontré la vie et aussi la grande résistance à la destruction. Pour lui, les microbes représenteraient le plus souvent un mode d'évolution du microzyma, dont le développement vicieux pourrait reconnaître des causes indépendantes de toute introduction de levain organisé d'origine extérieure.

A l'occasion du choléra (1884), j'ai eu à examiner les rapports de cette hypothèse avec certaines conditions étiologiques. La possibilité de la contagion par ensemencement microbien n'était pas encore démontrée par des expériences rigoureuses, et j'insistais sur l'annulation possible de ces conditions, qu'on commençait à admettre comme *nécessaires et suffisantes*, par des influences cosmiques et telluriques, dont les dernières, au moins, étaient incontestables. Je rappelais enfin quelques conditions d'ordre électrique qui empêchaient le développement pathogénique ou réalisaient la microcidie.

Ma conviction est que, dans l'ordre des médications électriques, il en est de capables de prévenir le développement du bacille cholérigène ou de le tuer. Cette possibilité révélée par le hasard, il nous reste à en rechercher le mécanisme et à le rattacher soit aux moyens employés jusqu'ici, soit à ceux que nous promettent les récentes acquisitions de la physique biologique. Sans vouloir conclure de la microbiologie du choléra à celle d'autres maladies infectieuses dont l'étiologie et les conditions d'évolution ne sont pas absolument les mêmes, nous pouvons voir, dans ce que nous

en savons, une porte ouverte à des spéculations générales électrothérapiques.

Il est une autre classe d'affections toxiques dans le traitement desquelles l'électricité me paraît appelée à jouer un rôle important. Il s'agit des intoxications d'origine interne, des *auto-intoxications*, dont la pathogénie a été mise en lumière par M. Bouchard. Bien différents des micro-organismes semés du dehors ou nés de l'évolution vicieuse des mycrozymas, ces alcaloïdes vénéneux, nés chimiquement dans les voies digestives ou respiratoires, ne sont pas vivants et agiraient en raison de leur masse.

A priori, l'électricité devrait nous fournir des moyens variés de contrarier, au moins indirectement, la production des *toxines* digestives, et aussi d'en favoriser l'élimination. Ce qui sera certainement possible pour les toxines digestives le sera très vraisemblablement pour les toxines des maladies infectieuses, dont la genèse et le mode d'action ont été tout récemment bien exposés par M. Charrin. Les effets si promptement réparateurs de mes bains faradiques dans les convalescences des pyrexies infectieuses me disposent à admettre que des résultats remarquables pourront être obtenus dans cette voie. La contre-indication générale des moyens perturbateurs dans les états fébriles nous arrêtera-t-elle? Ne serait-elle que relative? Devrait-elle simplement nous conduire à modifier les procédés en changeant leur allure? Il appartient à l'expérience de répondre.

C'est encore, en grande partie au moins, à la question des indications et contre-indications fournies par l'état fébrile que se rattachent les prétentions que nous pourrions avoir d'influencer les phlegmasies franches et les phénomènes de la suppuration. La belle découverte de Metschnikoff des phénomènes de la *phagocytose* fournira une base expérimentale aux tentatives qui auront pour objet d'élucider ces questions.

Certains procédés ne mettront-ils pas obstacle à l'évolution des phagocytes, d'autres ne la favoriseraient-ils pas ? Jusqu'ici, l'expérience clinique nous laisse hésitant entre ces deux vues, toutes deux exactes peut-être dans des conditions qui restent à déterminer.

Si, maintenant que nous venons de voir s'élargir notre but, nous faisons un retour sur les moyens dont nous disposons, nous devons reconnaître que, sans sortir du matériel instrumental dont nous avons usé jusqu'ici, nombre de procédés, de nuances de procédés plutôt, n'ont pas été employés. Dans les claviers d'intensités, de tensions, de durées, il est des zones encore inexplorées ou à peu près. On n'a guère expérimenté jusqu'ici que les réactions énergiques, absolument ou relativement, et de courtes durées. Il a été très peu opéré dans le *rythme* des phénomènes physiologiques d'ordre nutritif.

Puis, ce qui n'a pu s'obtenir de notre matériel actuel, ce qu'il ne donnerait peut-être pas encore avec les adaptations nouvelles que je viens de réclamer pour lui, les expériences de M. d'Arsonval sur les fermentations et sur le bacille pyocyanique nous montrent qu'il y a des chances de l'obtenir d'un matériel nouveau. Maintenant qu'on peut soustraire l'appareil sensitif conscient aux actions de l'état brusquement variable, introduire la variation dans un phénomène à évolution continue, ne va-t-on pas devenir plus entreprenants en face des états pyrétiques ? Les courants oscillants permettront sans doute de s'engager dans cette voie : la *voltaïsation sinusoïdale* comporte tous les types d'étalement des courbes d'excitation, et se prête à bien des tentatives devant lesquelles nous avions reculé jusqu'ici.

Enfin des réactions curieuses, sans lien apparent avec ce que nous connaissons, sont celles fournies par les sujets exposés dans des solénoïdes que parcourent des courants alternatifs de hautes fréquences. Ici, le patient, qui ne sent

absolument rien, devient le siège de courants de Foucault, de courants intermoculaires d'une forme et d'une puissance qui n'avaient pas encore été mises en jeux. Les réactifs physiques y accusent des actions qui seraient foudroyantes si les mêmes tensions et intensités s'y présentaient sous des fréquences énormément moindres.

Après ce que je viens de dire des voies ouvertes à nos espérances, à nos spéculations, à nos tentatives, par les notions des sécrétions cellulaires, des toxines, des évolutions phagocytiques, des développements microbiens ou microzimaires, on se demande s'il ne sortira pas des réactions utilisables inédites de cet insensible mais formidable branle-bas *totius substantiæ* que représente l'*Autogalvanisation* de d'Arsonval, pour laquelle je préférerais, afin de la comprendre dans l'économie de notre terminologie électro-médicale, le nom de *faradisation inductrice*.

Les épreuves de M. d'Arsonval sur les animaux, celles répétées sur l'homme avec les mêmes résultats : augmentation considérable des déchets carboniques, doivent faire beaucoup attendre de ces actions nouvelles. Après les expériences où l'on a vu les évolutions microbiennes contrariées ou empêchées par la trépidation, après celles sur l'arrêt de l'évolution du bacille pyocyanique soumis aux courants alternatifs de hautes fréquences, il semble que toutes les ambitions nous deviennent permises lorsque nous aurons une notion plus exacte de la portée des moyens mis à notre disposition et une intuition plus nette des buts à poursuivre.

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

(suite).

§ VII

THÉRAPEUTIQUE PHILOSOPHIQUE

Sous le nom de thérapeutique philosophique nous étudierons les médications que l'on peut nettement rattacher à une idée métaphysique ou religieuse.

La Médecine des signatures occupe une place prépondérante et nous avons déjà vu dans un autre chapitre les origines de cette méthode, et ses rapports étroits avec le symbole.

Cette Médecine domine le moyen âge, comme aussi les antiquités égyptienne et grecque. Elle subsiste encore chez nous dans les croyances populaires, et le traitement des affections du foie par la carotte en est un vestige parlant, qui n'a d'autre raison qu'une similitude de couleur « l'évolution de la thérapeutique. »

Chez les Annamites, dans la dysenterie, on administre des pilules faites avec l'intestin haché du porc ou du bœuf. C'est bien là le traitement d'un organe malade, par l'organe similaire et sain d'un animal.

C'est ainsi que, chez nous, le thymus est préconisé dans le peuple contre les affections pulmonaires.

C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut ranger le traitement des fractures, par la poudre d'os à l'intérieur. Cette tisane se fait de préférence avec les os de la tête.

Cette prédilection tient à ce que, pour les Annamites, les os de la tête sont d'une nature spéciale, plus noble que celle des autres os, ils contiennent plus d'air, disent-ils.

Ce détail souligne encore l'idée maîtresse, bien philosophique de cette médication.

Les exemples pourraient être fournis à l'infini, ceux-là suffisent je crois.

La Médecine, science divine à son origine, longtemps le privilège des sanctuaires, chez les druides comme chez les thérapins d'Égypte, est aussi, en Chine, l'œuvre et le puissant moyen d'influence, d'initiés, sur les masses populaires.

L'invention de la Médecine est attribuée aux premiers rois législateurs, parfois à Fo-Hi qui fût un grand guérisseur comme Moïse.

La Médecine annamite porte l'empreinte de son séjour prolongé dans les temples, elle est restée ritualiste.

La récolte et la préparation des plantes sont aussi compliquées que l'offrande d'un sacrifice.

Comme nous voyons préciser pour chaque héros, chaque génie, la composition et le cérémonial des sacrifices, chaque plante exige des formalités spéciales.

Les sorciers du moyen âge, qui continuaient souvent des traditions oubliées et vieillies, entouraient de pratiques compliquées la récolte des éléments de leurs philtres magiques. L'heure, le lieu, les qualités spéciales de la personne qui cueillait la plante merveilleuse, importaient avant tout.

Nous allons retrouver en Annam ces mêmes complications, dans la médecine officielle. Conservateur à outrance, l'Annamite n'a rien renié du passé, sa science est un arbre touffu, qu'il n'émonde pas.

Nous voyons la morsure du serpent traitée par des pilules qui sont fabriquées à midi, le 5 du cinquième mois, jour privilégié où le soleil s'arrête dans sa course.

Le Naï-Cù espèce de lavande très usitée est récolté dans ces mêmes conditions. Les feuilles sont arrangées de façon à reproduire la forme de l'animal qui donne son nom à l'année (1), en 93 c'était le serpent. Le médicament, ainsi préparé, sert en applications dans les douleurs. On emprunte les feuilles à la région de l'animal figuré qui répond à la région douloureuse.

Dans l'occultisme, la présence ou l'absence de certaines personnes influait sur les propriétés du médicament; il en est de même ici.

Il y a un médicament qu'une femme ne peut pas regarder sans lui faire perdre toutes ses qualites.

Dans certains accidents la présence d'une personne de la famille de la victime suffit à changer singulièrement les chances de guérison.

Chez les noyés, par exemple, l'esprit, l'âme, est sur les lèvres, un parent du noyé est-il là? l'esprit quitte définitivement le corps. La présence d'une femme enceinte, invite au contraire l'esprit hésitant à une réincarnation immédiate.

Cette dernière croyance est intéressante, en ce qu'elle rappelle l'idée de Pythagore d'après qui l'âme, au moment de la mort, contemple ainsi son habitation charnelle.

Le rôle des nombres est considérable dans la médecine annamite. Nous avons vu l'influence du nombre en anatomie. Il domine aussi la thérapeutique.

Le nombre 7 est celui qui convient aux hommes, le nombre 9 est réservé aux femmes. On administre donc, selon le sexe, 7 pilules ou 9, on donne 7 tasses ou 9 d'une tisane. Si l'on doit appliquer des topiques, des feuilles, par exemple, à l'obligation du nombre s'ajoute celle, for-

(1) Chaque année porte le nom d'un animal.

melle aussi, du côté, qui sera le côté droit ou gauche du corps selon le sexe.

Nous avons déjà signalé le fait à propos du pouls.

Reville nous dit que le chiffre sept est un chiffre quelconque qui plaît au Chinois, et qui peut-être est en rapport avec les sept émotions de la psychologie jaune. Cette explication éveille plus encore notre curiosité de savoir le pourquoi de ce nombre dominateur qui règne en tyran sur toutes les sciences.

En cherchant ce pourquoi, nous sommes surpris de voir que cette sympathie, que ce culte du nombre 7 dépasse les limites des pays jaunes. Nous le retrouvons, ce nombre symbolique, lumineux et éclatant au seuil des religions aryennes.

Osiris montre à Hermès, le père des initiés d'Égypte, les sept cieux étagés, ce sont les sept sphères de la vie, chacune contient une planète escortée d'un génie.

A ces planètes répondent les sept Dieux cosmogoniques de la Grèce. La Lune ou Diane, Mercure, Vénus, le Soleil Phœbus, Mars, Jupiter, et au sommet Saturne qui porte le globe de la sagesse universelle (1).

Puis nous trouvons les sept devas de l'Inde, les sept hamsharpands de Perse.

Les sept anges Chaldéens, les sept Sephiroths de la Kalbales, les sept archanges de l'Apocalypse.

« Le grand septennaire qui embrasse l'univers ne vibre pas seulement dans les sept couleurs de l'arc-en-ciel, dans les sept notes de la musique, il se manifeste encore dans la constitution de l'homme qui est triple par essence mais septuble par son évolution (2). »

Voici la constitution septennaire de l'homme : Chât corps

(1) Schun. *Les grands initiés.*
(2) Schun. *Loc. cit.*

matériel, Auch force vitale, Kà corps astral, Hati âme animale, Boi âme rationnelle, Chcyli âmc spirituelle, Kou esprit divin.

Le nombre sept est encore le flambeau dont s'éclaire la doctrine de Pythagore.

Les nombres, dit-il, contiennent les secrets des choses, et Dieu est l'harmonie universelle. Le nombre par excellence celui qui répond aux couleurs de la lumière, aux plantes, aux modes sacrés, c'est encore SEPT.

Le chiffre sept de la Médecine annamite, de la psychologie chinoise, est donc le dominateur, le concept de toutes les métaphysiques antiques.

Si nous recherchons maintenant l'origine du nombre 9, nous voyons qu'il n'est autre chose qu'un multiple, et le multiple par excellence du Trigramme Sacré qu'il reproduit trois fois.

Le Trigramme Sacré qui joue un si grand rôle dans les religions antiques, dans les civilisations aryennes, n'est pas moins essentiel dans la métaphysique chinoise.

L'autel du ciel. Le Saturne des Chinois, est pavé de quatre-vingt-dix marches, on y accède par 27 degrés, ces chiffres sont des multiples de trois.

Nous avons vu Pythagore chercher dans les nombres le secret des choses, c'est dans les nombres, et dans le nombre 3 que les Chinois vont tenter le même vertigineux labeur. Le Yking ce livre sacré respecté seul avec la médecine par les autodafés de 213 avant Jésus-Christ, le livre de divination, est basé sur l'interprétation de Trigammes diversement combinés.

Voilà, je crois l'explication du rôle des nombres dans la science annamite.

Ces coïncidences frappantes entre l'Orient et l'Occident ouvrent de difficiles problèmes; je suis trop ignorant pour les aborder.

Celui-là pourra résoudre la question qui nous dira les rapports des peuples entre eux au moment où se trouvaient aux prises au centre de l'Asie: Les Jaunes et leur rameau Touranien, les aryens et la vieille civilisation cruelle des noirs Koucchites.

Peut-être les initiés d'Égypte qui dorment sous les pyramides pourraient-ils donner la clef qui semble perdue du Yking Sacré?

Voici une digression peu médicale, c'est la Médecine annamite seule qui en est coupable.

C'est dans le cadre de la thérapeutique philosophique que je fais rentrer la médication par le lait de femme et par le sang. Le lait de femme est donné chez les cachectiques et les vieillards à faible dose de quelques cuillerés.

Cette idée de donner aux faibles du lait de femme a dû naître de bonne heure dans les cerveaux humains. Le liquide miraculeux qui fait de l'enfant débile, à peine être vivant, l'homme fort et vigoureux devait fatalement frapper les imaginations. Logiquement on dût le rechercher pour rappeler les forces disparues, pour donner une jeunesse nouvelle au vieillard qui s'éteint.

L'idée mystique de la puissance surnaturelle de ce liquide nourricier s'affirme avec le temps, et nous voyons le médecin annamite, négligeant l'idée même de quantité, le prescrire à petite dose, et ne chercher dans le lait que cette action suprême et divine.

Cette confiance dans le lait de femme est de toutes les époques, et de tous les pays. Dans notre antiquité, le lait est préconisé par Anctée de Cappadoce, Herodicus, Prodicus, etc. Galien le vante, lui aussi, mais alors avec une idée nouvelle plus scientifique, « Lac muliebre Tanopiam naturæ ejusdem nobisque familia. » (Tissimum) (1).

(1) Beaumetz. *Cliniques thérapeutiques.*

Cette idée de Galien a été reprise ces temps derniers, et certains auteurs préconisent le lait de femme comme supérieur aux autres laits d'espèces différentes dans la cure d'affections chroniques des adultes.

Mais avant l'expérience et la science, le lait a été une médication religieuse et philosophique, comme elle le demeure en Annam.

Pour ce qui est de l'usage du sang en médecine, il faut voir dans sa survivance actuelle, des traces ataviques de coutumes disparues.

Le sang des victimes humaines égorgées en l'honneur de dieux farouches fût le premier recueilli, et ce breuvage odieux partagé avec eux devait être par excellence la liqueur de la résurrection et de la vie.

Le Dr Coire, dans son livre sur le crime rituel remonte aux origines, à l'heure lointaine ou « la tribu errante, perdue dans la plaine, la steppe ou le désert aperçut la lune rouge comme une large tache de sang au-dessus de l'horizon brumeux; le soleil au haut de sa course comme un globe de feu avide, la terre desséchée et les eaux taries, elle crut à la réclamation des génies cosmiques d'un sacrifice sous la forme du sang » de là naquit l'idée que le sang est la liqueur de la vie; on en fit des amulettes et des médicaments (1).

Chez les Jaunes, les sacrifices humains furent en honneur, Réville en trouve la trace dans les poupées symboliques que l'on brûle dans certains sacrifices.

On retrouve encore d'une façon plus saisissante ces antiques coutumes, dans les actes de cannibalisme fréquents au Tonkin. L'Annamite mange le cœur et le foie de son ennemi pour acquérir ses vertus.

Dans le Haut-Tonkin, où peut-être se retrouveront des

(1) Coire. *Le crime rituel.*

vestiges Touraniens et Koucchistes, l'anhtropophagie existe encore « Affaire de Cao-Bang, chef pirate de Lu-Ku centre de sorcellerie, qui mangeait des enfants. »

Sous l'influence de législateurs, ces barbaries ont disparu des habitudes de la race, l'usage du sang a subsisté.

Le sang humain a été remplacé par celui des animaux, comme les victimes humaines remplacées par des brebis, des bœufs, etc.

Le sang de corne de cerf, animal sacré, compagnon des génies et du boudha chinois, est surtout réputé et constitue un médicament universel.

Les gens peu fortunés se contentent de celui du cou de la chèvre.

A côté du sang, certains organes d'animaux sont très employés.

Le tigre, animal vénéré, presque dieu, fournit de nombreux médicaments ; son foie, est, avec le fiel d'ours, la base de préparations coûteuses.

La tortue, animal sacré, dont la carapace reproduit par ses dessins les trigrammes du Y King, est aussi très employée. Enfin, le serpent. Le serpent qui représente la science universelle et le dieu du tonnerre pour les toaïstes, met à l'abri de la fulguration ceux qui mangent sa chair. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer l'universalité du culte du serpent, une fois encore.

Dans l'occultisme européen toute une médecine est basée sur l'emploi des pierres.

Chaque espèce a sa spécialité, l'éméraude guérit l'épilepsie, le rubis met à l'abris de l'ivresse, etc.

Nous trouvons dans la médecine annamite des médications semblables.

Le jade, les perles, symboles de pureté, sont usités, nous l'avons vu, dans la syphilis, et rendent à l'organisme sa pureté altérée, son intégrité première.

Les haches de pierre taillée, assez fréquentes dans le Haut-Tonkin, méritent, par leur réputation, qu'on s'y arrête. Les haches taillées dont j'ai trouvé de beaux types dans la province de Cao Bang sont appelées pierres du tonnerre, et passent pour être lancées par la foudre.

Elles constituent un objet de luxe coûteux, et, anciennement, faisaient partie du tribut de produits rares que le Haut-Tonkin envoyait à la cour de Hué.

Portées au cou, elles constituent une amulette précieuse.

La poudre obtenue par le grattage de ces pierres est un médicament usité dans la variole et diverses maladies.

Dans ce chapitre un peu long, je n'ai cité que ce qui fait partie de la médecine officielle écrite, négligeant les fatras des superstitions locales populaires. Ce que j'ai voulu faire ressortir. C'est l'influence philosophique et religieuse sur la médecine.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de la Charité.)

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Traitement chirurgical des luxations anciennes du coude.

Le professeur Tillaux, à propos d'un malade âgé de 27 ans atteint d'une luxation en arrière du coude avec ankylose fibreuse rectiligne et atrophie musculaire très prononcée, datant de cinq mois, réellement ancienne puisque déjà au bout d'un mois la luxation du coude peut être considérée comme ancienne et presque impossible à réduire, pose les indications du traitement.

En présence d'une luxation de ce genre qui, pour un motif quelconque, n'a pas été réduite, que faut-il faire?

Devons-nous chercher, dit le professeur Tillaux, à obtenir la réduction par les procédés les plus simples, manipulations, tractions, qui, dans le cas particulier, consistent à faire exercer une traction longitudinale sur le membre, tandis que le chirurgien, empaumant la face antérieure de l'avant-bras avec ses deux mains, applique un pouce sur l'olécrâne, l'autre sur le radius et fait fléchir l'avant bras au moment même où il exerce avec ses pouces une pression violente sur l'extrémité supérieure des os de l'avant bras? Ici, nous ne pouvons espérer un bon résultat de cette manœuvre.

En 1886, M. Farabeuf lut un mémoire à la Société de chirurgie et présenta un malade dont la luxation, remontant à 6 mois, avait été réduite par lui. Il intitula son mémoire : *De la réduction des luxations anciennes du coude par une méthode anatomique et scientifique.*

Voici en quoi consiste le procédé de M. Farabeuf, que l'on peut employer dans le cas de luxation peu ancienne, datant d'un mois ou six semaines par exemple : L'auteur commence par les mouvements prolongés de flexion pour obtenir l'allongement du tendon du triceps; l'extension permet l'élongation des résistances antérieures, capsule, muscles, etc. Puis, pour obtenir l'allongement des ligaments latéraux, il exerce une certaine traction (50 kilogrammes) en extension. Cela fait, il imprime à l'avant-bras des mouvements de latéralité, puis il réduit par les méthodes ordinaires. MM. Nélaton et Peyrot ont employé cette méthode avec succès, mais j'ai ouï dire à M. Nélaton que plusieurs de ses malades chez lesquels on avait été assez heureux pour réduire, n'avaient à peu près rien gagné au point de vue fonctionnel. Dans le cas actuel, je suis convaincu que le procédé de M. Farabeuf ne serait pas

suivi de succès; je ne m'y attarderai donc pas et je vais procéder immédiatement à une opération. La section sous-cutanée des brides et des tendons ne me paraît pas être aujourd'hui le procédé de choix.

Autrefois, j'ai fait sous le chloroforme unc flexion brusque qui produisait l'ostéoclasie de l'olécrâne, ce qui n'avait d'autre résultat que de substituer une bonne attitude à l'attitude vicieuse, sans supprimer pour cela l'ankylose. Actuellement, c'est l'arthrotomie qu'il faut faire : l'idéal, c'est de mettre à nu les surfaces articulaires, de les libérer de leurs adhérences et de les replacer dans leurs rapports anatomiques normaux; mais ce résultat si désirable qu'il soit, idéal pour ainsi dire, est en réalité bien rarement obtenu, les déformations ostéo-cartilagineuses et la présence de tissu fiboïde s'opposant bien souvent à la réduction. Si vous ne pouvez obtenir la réduction complète, il faut pratiquer alors une hémi-résection, ce qui est encore une très belle opération, excessivement utile au malade. La résection porte alors de préférence sur l'extrémité inférieure de l'humérus, qui finit par se modeler et s'accommoder au crochet cubital. Si cependant cette dernière opération était impossible, faites la résection du crochet cubital et du radius s'il est nécessaire.

Je ferai donc l'arthrotomie et j'essayerai tout d'abord de réduire purement et simplement la luxation sans sacrifier aucune partie des extrémités articulaires; si je ne puis réussir j'abattrai l'extrémité cartilagineuse de l'humérus; enfin, en désespoir de cause, si les autres tentatives ont échoué, je ferai la résection classique totale.

Ordinairement on emploie, pour aborder le coude, une incision cxternc, celle de Nélaton, ou l'incision en baïonnette, d'Ollier : c'est la voie latérale externe que je crois la meilleure dans le cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude.

Mais pour une luxation du coude d'origine traumatique, c'est la voie postérieure qui devient préférable.

MM. Doyen et Decès (de Reims) qui, ont fait une opération de ce genre, ont désinséré le triceps de l'olécrâne pour le suturer ensuite; je crois que l'incision longitudinale permet de désinsérer à la rugine le triceps et le périoste et de conserver sur l'os cubital un point d'attache suffisant pour que la fonction du muscle puisse s'exercer après la résection; puis, cela fait il faut éviter avec soin le nerf cubital couché dans la gouttière épitrochléo-oléocrânienne très profondément au contact du périoste.

Les deux volets externe et interne sont aussi relevés et dégagés; il faut alors ouvrir l'articulation, en pesant, s'il est nécessaire, avec un ciseau à froid; si les cavités articulaires sont remplies par du tissu fibreux, on les évide et on les met ensuite au contact; on immobilise alors avec une attelle ordinaire ou un appareil plâtré, aprés avoir fait une suture de la peau avec ou sans drainage. J'opérerai sans appliquer la bande d'Esmarch, car on perd, après la suppression de la bande le temps et le sang qu'on avait économisés par son application.

Opération. —Incision verticale postérieure; le tendon du triceps est ensuite détaché de son insertion au sommet de l'olécrâne en quelques coups de rugine, puis les lèvres de l'incision étant écartées avec précaution et décollées à la rugine pour exposer les os en ménageant le nerf cubital, on cherche à ouvrir l'articulation et à séparer les surfaces articulaires en pesant avec un ciseau à froid.

Mais il a fallu un brusque mouvement de flexion pour rompre l'ankylose, et il s'est produit à ce moment un léger arrachement de l'extrême pointe de l'apophyse coronoïde.

On peut alors remettre les surfaces articulaires en rapport, mais elles étaient si déformées, si incomplètes

pour le crochet cubital, si déviées pour la cupule du radius que la contention en était impossible, bien que la captation pût à la rigueur être faite. Aussi M. Tillaux préféra-t-il recourir à la résection, et comme la résection du cubitus seul ne lui parut pas suffisante pour assurer la mobilité de l'article, il fit la résection des os humérus, cubitus, radius immédiatement au-dessus et au-dessous des surfaces articulaires. (*Lec. de. Clin. Chir.* redigées et publiées par le Dr Thiery, Paris 1895.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale..

Contribution à la chirurgie des voies biliaires (F. Mermann, *Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, B. XIII, H. 2, 1895). — S'appuyant sur un grand nombre de cas bien étudiés, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes, quant aux diverses opérations à entreprendre sur les voies biliaires. En règle générale, il faut opérer toutes les fois que les calculs biliaires donnent lieu à des troubles persistants ou souvent répétés. Du moment que le traitement médical n'est pas suivi d'amélioration appréciable, on fera bien de n'y pas insister. Plus tôt l'intervention chirurgicale a lieu, et plus de chances on aura d'obtenir une guérison définitive. Quant à l'ictère, il est d'autant plus dangereux qu'il dure plus longtemps et qu'il est plus accusé.

Voici les indications pour les diverses opérations :

Cholécystendyse (incision de la vésicule biliaire, évacuation des calculs, suture, reposition dans l'abdomen). — C'est le procédé type, toutes les fois qu'on a affaire à une vésicule

biliaire à parois peu altérées, à contenu bilieux, muqueux ou hydropique. Cette opération donne le meilleur pronostic.

Cholécystectomie. — Elle n'est indiquée que dans les cas où la vésicule biliaire a subi la dégénérescence ulcéreuse ou en cas de tumeurs malignes.

Cholédocotomie. — Les deux opérations sus-indiquées ne sont possibles qu'autant que le canal cholédoque ou cystique est perméable. Le cholédoque est-il rempli de calculs que l'on ne réussit pas à repousser vers la vésicule biliaire, c'est à la cholédocotomie que l'on aura alors recours.

Cholécystentérostomie. — On n'entreprendra cette opération que dans les cas où il s'agit d'une obturation non calculeuse du cholédoque ou quand il est techniquement impossible d'enlever directement le calcul obturant le cholédoque. Il ne faut jamais perdre de vue le danger qu'il y a de laisser des calculs enclavés dans le cholédoque.

Cholécystostomie en un seul temps. — Elle est indiquée dans tous les cas où l'on ne rencontre pas les conditions sus-énumérées, c'est-à-dire, dans la cholécystite suppurée non ulcéreuse, quand la vésicule biliaire est relativement saine et que le canal cystique n'est pas encore perméable, en cas d'ictère grave par stase pour parer palliativement aux dangers de la cholémie. Quant à la

Cholécystostomie en deux temps — elle n'est pas à recommander; tout au plus s'en servira-t-on chez les personnes très affaiblies, cachectiques.

Toutes ces opérations employées en temps et lieu utiles, mettent aussi (à en juger d'après les faits connus jusqu'à l'heure qu'il est) à l'abri de la récidive de la lithiase biliaire.

Les opérations sur les voies biliaires sont tout à fait inutiles contre la lithiase intrahépatique. Les fistules biliaires s'oblitèrent presque toujours spontanément. Restent-elles ouvertes, c'est, dans la majorité des cas, à des coudures du cholédoque qu'il faudra penser : on détachera le cholédoque de

ces adhérences et on le reposera dans l'abdomen; parfois il est indiqué de le suturer à l'intestin. Les petites fistules muqueuses ne demandent aucun traitement et n'occasionnent pas aux malades de désagréments bien notables. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juin 1895, p. 352 et 353.)

Médecine générale.

Sur le traitement de l'influenza (*Practitioner*, avril 1895). — C'est encore l'antipyrine qui donne les meilleurs résultats dans le traitement de l'influenza. On ne s'adressera à d'autres médicaments que quand l'antipyrine est contre-indiquée par suite de l'âge par trop avancé, les troubles vasculaires, etc. On doit prendre garde de ne pas l'administrer à doses trop élevées et à des intervalles trop espacés. La formule qui suit soulage rapidement les malades et remédie à la dépression consécutive :

Antipyrine	0gr,30
Bicarbonate de soude	0gr,30
Sel volatil	X gouttes.
Teinture d'opium	II —
Eau d'aneth ... q. s. p. f.	15 grammes.

MS. à prendre en une seule fois d'abord, à trois reprises, toutes les demi-heures, ensuite toutes les deux heures, toutes les trois heures, et enfin toutes les quatre heures, si cela est nécessaire.

L'association d'une petite quantité de laudanum semble prévenir la prostration nerveuse. La céphalée de l'influenza est le mieux influencée par la phénacétine formulée comme suit:

Phénacétine	0gr,30
Bromhydrate de caféine... q. s. p. f.	8 grammes.

MDS. à prendre dans un verre d'eau; on répétera la dose toutes les deux heures jusqu'à cessation de la céphalée. (*Pharmaceutical Journal and Transactions*, 25 mai 1895, n° 1300, p. 1086.)

Observations d'un cas de tétanos traumatique guéri par le bromure de potassium et l'hydrate de chloral associés (Dr Toussaint, *Trib. Méd.*, juil. 1895). — L'auteur a donné des soins à un jeune homme de dix-huit ans, atteint de tétanos classique à la suite d'une blessure légère du gros orteil, par un éclat de verre. Les accidents débutèrent après un somme de vingt minutes sur le sol d'un chantier où avaient séjourné des bœufs et des chevaux. On vit se succéder chez cet homme le trismus, la raideur de la nuque et les crises d'opistothonos très douloureuses, entravant tout sommeil. Le traitement consista dans l'administration de 10 à 15 grammes de bromure de potassium et de chloral dans les vingt-quatre heures, en bains de vapeur et en frictions de chloroforme. Les urines étaient rares, l'hyperesthésie de la peau extrême. La situation ne commença à s'améliorer que vers le sixième jour, les crises plus courtes s'espacèrent, le malade pouvant faire de petits sommes de dix minutes à un quart d'heure. Enfin, quinze jours plus tard, guérison complète, sauf un peu de trismus qui céda lui-même au bout de deux semaines, le chloral bromuré fut continué pendant tout ce temps à doses décroissantes.

Pharmacologie.

Résorcine contre la leucoplasie buccale (Leistikow, *Monastshefte für praktische Dermatologie*, 1895). — L'auteur applique plusieurs fois par jour, après les repas et avant de se coucher, sur les lésions de la muqueuse des gencives et de la langue la pâte suivante :

Résorcine..............................	2gr,70
Kaolin..................................	1gr,35
Axonge................................	30 grammes.

Les applications sont faites avec du coton enroulé lâchement autour d'un éclat de bois pointu. La guérison survient ordinairement dans une quinzaine. Pour atténuer l'hyperhémie

des plaques leucoplasiques causée par la résorcine, on y appliquera, 3 à 4 fois par jour, du baume du Pérou. (*Pharmaceutical Journal and Transactions*, 18 mai 1894, n° 1299, p. 1055.)

Thymol dans le traitement de la dentine sensible (Kirk, *Journal of the british dental Association*, XVI, p. 296). — En cas de carie profonde avec dentine sensible, l'auteur bourre temporairement la cavité dentaire d'une masse en gutta-percha qu'il touche avant l'insertion avec des cristaux de thymol : outre son action antiseptique, le thymol sert aussi pour rendre plus obtuse la sensibilité de la dentine. (*Pharmaceutical Journal and Transactions*, 22 juin 1895, n° 1304, p. 1194.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques, Rivière, *Merer. méd., juillet 1895*). — Sous le nom d'accidents gravido-cardiaques, il y a lieu de distinguer :

1° Les accidents qui surviennent sous l'influence de la grossesse, chez des femmes antérieurement atteintes de lésions cardiaques vraies ;

2° Les accidents simplement fonctionnels, ceux-là favorisés par l'hypertrophie cardiaque normale de la grossesse ; par la gêne fonctionnelle des émonctoires de l'organisme, accidents graves néanmoins et demandant une médication rationnelle et énergique.

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques aboutissant déjà ou près d'aboutir à l'asystolie, la provocation artificielle de l'accouchement est rarement indiquée d'emblée.

La saignée agit mieux et plus vite, aidée par une action énergique sur les poumons (oxygène), les reins (lait), l'intestin (purgatifs, désinfection intestinale).

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur

est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques légers, on peut, par le même traitement, enrayer les accidents, rendre possible ou relativement peu pénible la fin de la grossesse et sauvegarder la vie de la mère en assurant celle du fœtus.

Le chloroforme à la fin de la période de dilatation et pendant l'expulsion, qui doit alors être artificielle, pour hâter le plus possible la parturition peut, même avec prudence et malgré l'état du cœur, et à cause même de l'état du cœur, être donné en toute assurance.

De la tachycardie essentielle paroxystique et de son traitement par le repos, le lait, la digitale et le bromure, par H. Desplats (*Journ. des Sci. Méd. de Lille, 1895*). — Le Dr Desplats relate une observation de tachycardie essentielle paroxystique. Il insiste sur l'efficacité de la digitale donnée à doses élevées (75 centigrammes de poudre en macération ou cinq à six granules de digitaline), sur celle du régime lacté et du repos. D'autre part, le bromure de potassium donné à la dose de cinq grammes par jour dans l'intervalle des crises a paru en diminuer le nombre et en abréger la durée.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Les acides pour diminuer le volume des séquestres de la cavité nasale et des rhinolithes (H. Bergeat, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1895, nº 12). — L'institution du traitement antisyphilitique peut nous faire espérer que les séquestres finiront par se recouvrir d'un nouveau périoste, mais cependant il arrivera de temps en temps qu'il faudra chercher des moyens pour activer l'expulsion définitive du séquestre, soit indirectement en stimulant la formation des granulations saines, soit directement en diminuant le volume du séquestre.

L'auteur recommande dans ce but l'acide chlorhydrique qui serait, d'après lui, supérieur à l'acide azotique, phosphorique,

trichloracétique, sulfurique, chromique ou lactique. Il se sert de l'acide cru, non purifié. Il emploie comme porte-acide les sondes en cuivre usées, rendues rugueuses à leur extrémité antérieure.

Le malade aura lavé soigneusement la cavité nasale chez soi, avant d'arriver chez le médecin, puis on l'essuiera à sec et l'on portera l'acide à chaque point de l'os que l'on peut atteindre. L'acide vient-il en contact avec des parties saines de l'os, on lavera immédiatement avec une solution de soude à 5 0/0. Dans chaque séance on pourra renouveler, à 2 ou 3 reprises, à de courts intervalles, l'attouchement avec l'acide des parties osseuses séquestrées. La diminution du volume des séquestres sera hâtée par le râclement de la couche osseuse décalcifiée ramollie. Les séances peuvent être répétées plusieurs fois dans la même journée. Revenu chez soi, le malade se fera des insufflations d'iodol dans la cavité nasale.

Il est important au plus haut degré d'enlever le plus tôt possible les séquestres de la cavité nasale. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 423 et 424.)

Maladies de la peau et syphilis.

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les bains sulfurés combinés aux frictions mercurielles et quelques recherches expérimentales à ce sujet (Grabowski, *Archiv für Dermatologie rend Syphilographie*, B. XXXI, H. 2, 1895). — S'appuyant sur des observations cliniques et des expériences sur des animaux, l'auteur affirme la résorption du sulfure de mercure formé aux dépens de l'hydrogène contenu dans les bains sulfurés et du mercure des frictions mercurielles simultanées : ce sulfure de mercure résorbé exerce la même action spécifique que les autres préparations mercurielles. Les bains de barège n'entravent nullement la résorption du mercure : témoin le grand nombre (jusqu'à 90 0/0) de léger mercurialisme que l'on voit survenir chez les

sujets traités par les bains sulfurés associés aux frictions mercurielles.

La plupart des cliniciens considèrent ce traitement combiné comme utile, vu que l'on peut parler tout au plus d'un ralentissement, mais nullement d'une diminution ou d'un empêchement de l'action spécifique du mercure. D'autant plus que, grâce à ce traitement combiné, on peut administrer le mercure en plus grande quantité que par les frictions seules. De plus, les bains sulfurés combattent efficacement les troubles dans l'échange des matières qui aggravent si considérablement le pronostic de la syphilis.

Pour que le traitement de la syphilis par les bains sulfurés produise l'effet désiré, il est indispensable d'instituer simultanément les frictions mercurielles faites soigneusement avec des doses ordinaires de mercure.

On voit donc que sont tout à fait dans l'erreur les auteurs qui rejettent les bains sulfurés dans le traitement de la syphilis parce que, d'après eux, il se formerait alors du sulfure de mercure insoluble et non-résorbable. Mais, d'autre part, il ne faut pas non plus trop surfaire la valeur de ce traitement combiné.

Les injections de sulfure de mercure pur (contenant 86,5 0/0 de mercure) pratiquées dans les muscles fessiers chez 5 chats ont démontré, non seulement le passage du mercure dans l'urine, mais aussi l'éclosion de tous les phénomènes cliniques et des altérations anatomiques de l'intoxication hydrargyrique type (salivation, diarrhée, vomissement, stomatite, entéro-colite membraneuse et néphrite typique). Le sulfure de mercure était-il appliqué en frictions, il passait plus lentement dans l'urine et, même après l'emploi des doses élevées, les phénomènes toxiques ne survenaient qu'assez tardivement. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 26, p. 560.)

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 169.10.95.



Du traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne par les vésicatoires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, et des indications de ce traitement,

Par M. le Dr P. Dignat,

Ancien chef de Clinique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le but que nous nous proposons en publiant ici cet article est, si possible, d'attirer à nouveau l'attention du public médical sur un mode de traitement de l'épilepsie partielle, traitement facile à appliquer, n'offrant aucun inconvénient pour le malade, fort souvent efficace, mais, malgré tous ces avantages, très peu usité, ou en tous cas, peu ou pas recommandé par les auteurs qui, en France du moins, ont, depuis ces dernières années, écrit sur la pathogénie et le traitement de cette affection. Et pourtant, il s'agit d'une méthode thérapeutique préconisée, pour la première fois, il y a plus de soixante ans, par un médecin de notre pays, expérimentée depuis, à de rares intervalles il est vrai, soit en France, soit à l'étranger, presque toujours avec succès, par différents auteurs, et, il y a quelques années déjà, par nous-même, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, dans le service de notre éminent maître, M. le professeur Pitres, dont nous avions alors l'honneur d'être chef de clinique.

L'idée d'utiliser les révulsifs dans le traitement de certaines formes de l'épilepsie est, d'ailleurs, fort ancienne. A ce sujet, Bravais, sur les travaux de qui nous aurons à

revenir, rapporte des faits absolument probants. C'est ainsi qu'il nous montre Boerhaave employant, pour combattre l'épilepsie débutant par les membres, les révulsifs et la ligature; qu'il rappelle le cas de Wepfer guérissant un paysan dont l'accès avait son point de départ dans le pied, par un vésicatoire appliqué à la face dorsale, et qu'il signale aussi quelques succès analogues relatés par Maisonneuve. D'autre part, Sennart rapporte qu'Henricus ab Heer ayant remarqué qu'une jeune fille, devenue épileptique à la suite d'une terreur, se frottait constamment le gros orteil de chaque pied dans ses accès, y ouvrit deux cautères et guérit ainsi la malade.

On retrouve, du reste, des faits du même genre à des époques beaucoup plus reculées. Galien, par exemple, observa un enfant de treize ans dont l'accès débutait par la cuisse. Or, cet enfant fut guéri par l'application d'un médicament composé de thapsie et de moutarde et par la ligature du membre au-dessus du point de départ de l'épilepsie. Alexandre de Tralles, d'un autre côté, fit cesser une épilepsie qui commençait par le dos du pied, en appliquant à ce niveau un vésicatoire fait avec le lepidium.

Mais, quelque intérêt qu'il puisse y avoir à rappeler ces différents faits, il faut, nous le répétons, arriver à Bravais qui, le premier, on le sait, a laissé une monographie assez exacte de la maladie dont nous nous occupons (1), maladie à laquelle il donnait le nom d'épilepsie hémiplégique, mais qui, depuis, a été tour à tour désignée sous les appellations diverses d'épilepsie partielle, corticale, bravais-jacksonienne, symptomatique, etc., etc., pour voir appliquer, d'une façon méthodique, les vésicatoires au traitement de cette affection.

---

(1) Bravais. Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique (*Thèse de doctorat*. Paris 1827).

Bravais relate, en effet, trois observations très complètes concernant : l'une, un homme de 46 ans dont l'accès s'annonçait par des convulsions des membres du côté droit ; l'autre, un homme de 42 ans chez qui les accidents débutaient par le bras droit et par le membre abdominal du même côté ; la troisième, enfin, un homme de 36 ans, dont l'aura siégeait à la jambe gauche. Deux larges vésicatoires appliqués, chez le premier malade, l'un sur l'avant-bras, l'autre sur la jambe droite, puis, plusieurs applications de vésicatoires ayant la forme de colliers ou plutôt de bracelets et mesurant environ deux ou trois pouces de largeur, autour du poignet droit et de la partie inférieure de la jambe droite, chez le second malade, et autour de la jambe gauche, chez le troisième, les débarrassèrent tous trois définitivement de leur maladie.

Quelques années plus tard, en 1843, Récamier publiait, à son tour, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1), l'observation d'un homme atteint du même mal, ayant eu cinq attaques depuis un mois, chacune d'elle s'annonçant par un tremblement dans une moitié du corps et par une crampe au mollet gauche, et qui fut radicalement guéri après quelques applications successives de vésicatoires sur le trajet de l'aura.

Mais, en dépit de l'importance du mémoire de Bravais et de l'intérêt présenté par l'observation de Récamier, de très nombreuses années allaient s'écouler sans qu'on entendît parler, d'une manière positive, de l'action thérapeutique des vésicatoires dans l'épilepsie partielle.

Ce ne fut, en effet, qu'à partir de l'année 1882 que l'attention fut de nouveau éveillée sur cette question, par

---

(1) Récamier. Épilepsie guérie par l'emploi des vésicatoires volants (*Gazette des hôpitaux*. Paris, 1843, p. 599).

suite de la publication par Buzzard, en Angleterre, d'une série de leçons sur les maladies du système nerveux (1). Dans une de ces leçons, entièrement consacrée d'ailleurs à l'étude de l'action des vésicatoires circulaires dans l'épilepsie, l'auteur, non seulement relatait plusieurs succès obtenus par lui grâce à la méthode de Bravais, mais encore décrivait sous le nom de « transfert de l'aura », un phénomène assez fréquent d'ailleurs, observé déjà par Bravais et par Récamier, et consistant, ainsi que le nom l'indique, dans le changement de siège de l'aura, chez certains malades, sous l'influence du traitement.

Deux ans plus tard, en Allemagne, le professeur Hirt, de Breslau, publiait une étude sur le même sujet, et, par cinq observations nouvelles, confirmait les recherches faites antérieurement. Une de ses observations révélait en outre, un mode particulier de transfert de l'aura : le transfert psychique (2).

C'est à peu près de la même époque que datent les recherches faites dans le service de M. le professeur Pitres, recherches auxquelles nous faisions allusion plus haut, et au cours desquelles il nous fut possible, grâce à quelques observations que nous recueillîmes, de nous convaincre de la réelle efficacité de la méthode de Bravais.

Ces observations, ainsi que quelques autres, furent du reste consignées un peu plus tard, en 1886, dans la thèse

---

(1) Thomas Buzzard. Clinical lectures on diseases of the nervous system. Lecture XXIV. On phenomena of transfer in epileptic patients by applications of encircling blisters, page 427 (*London*. J. et A. Churchill, 1882).

(2) Hirt. Ueber das auftreten von transfert Erscheinungen wahrund der Behandlung der partiellen Epilepsie (*Neurologischen Centralblatt*. 1884, n° 1. Leipsig).

de M. le docteur Crozes (1), thèse soutenue devant la Faculté de Bordeaux, et dont les principales conclusions, appuyées, d'une part, sur les différents faits de Bravais, de Récamier de Buzzard et de Hirt, d'autre part, sur sept observations inédites provenant du service de M. Pitres, étaient les suivantes :

« 1° Les vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura peuvent amener la guérison complète et définitive des attaques d'épilepsie jacksonienne . . . .

« 2° Dans le cas où l'application des vésicatoires n'a amené ni guérison, ni amélioration sensible, les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et après eux, M. le professeur Pitres, ont observé des modifications notables dans les caractères symptomatiques de l'attaque. Parmi les phénomènes observés dans ce cas, celui qui frappe le plus est le phénomène de transfert de l'aura qui peut se montrer sur les membres du côté opposé ou enfin sur plusieurs membres à la fois... On peut même voir le transfert de la paralysie post-épileptoïde se faire dans les membres du côté opposé.

« 3° Il semble qu'il y ait lieu de tenter la cure par les vésicatoires dans tous les cas d'épilepsie partielle à aura motrice périphérique. Les vésicatoires seront appliqués au niveau ou au-dessus du point de départ de l'aura, et si, sous l'influence des premiers vésicatoires, il y a transfert de l'aura, on appliquera de nouveaux révulsifs sur les points où l'aura fera son apparition. »

Le travail de M. Crozes, le premier, croyons-nous, qui, depuis Bravais et Récamier, ait été publié en France sur cette question, consacrait donc, une fois de plus, on le voit,

(1) Crozes. Des effets des vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura dans l'épilepsie jacksonienne (*Thèse de doctorat*. Bordeaux,

la méthode de traitement de l'épilepsie partielle à aura motrice et du type vulgaire par les vésicatoires.

Mais ce n'est pas tout. A peu près au même moment, Charcot (1), d'une part, M. Pitres (2), de l'autre, montraient qu'à côté de ce type classique d'épilepsie partielle, il existe des épilepsies partielles sensitives différant de ce type par la prédominance dans ces dernières des troubles de la sensibilité au lieu des troubles de la motricité.

Or, en 1892, dans un article paru dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, M. Pitres (3) faisait voir, à l'aide d'une observation clinique inédite, que, tout comme dans certains cas d'épilepsie partielle motrice, les vésicatoires circulaires appliqués au-dessus de l'aura sensitive pouvaient amener la guérison définitive de cette nouvelle forme d'épilepsie partielle.

Eh bien, ainsi que nous l'écrivions dès les premières lignes de ce mémoire, malgré ces diverses recherches, malgré les publications auxquelles elles ont donné lieu, on ne voit pour ainsi dire pas mentionner dans les travaux les plus récents sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie partielle ce mode de traitement.

Ni dans le Mémoire de MM. Marinesco et Sérieux sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie, (4), ni dans

(1) Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière (Tome II, année 1887, pages 20 et 368).

(2) Pitres. Étude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jacksonienne (*Revue de médecine*, t. VIII, août 1888, p. 609).

(3) Pitres Des épilepsies partielles sensitives (*Archives cliniques de Bordeaux*, t. I, n° 1, janvier 1892).

(4) Marinesco et Sérieux. Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie (Collection des *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. XIV. Bruxelles, 1895).

celui de MM. Claus et Van der Strich, sur le même sujet(1), mémoires couronnés l'an dernier par l'Académie royale de médecine de Belgique, pas plus, du reste, que dans la thèse encore plus récente de M. Siguier (2) sur le traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne, il n'en est question. Seul, M. le professeur Raymond (3), dans une leçon faite il y a quelques mois à la Salpêtrière et publiée dans la *Revue Internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie*, en touche quelques mots; encore n'en parle-t-il que d'une manière quelque peu incidente, et semble-t-il ne voir dans ce mode de traitement qu'un moyen capable d'amener la cessation des accidents « pendant une période de temps plus ou moins longue. »

Dans ces conditions, nous pensons faire œuvre intéressante et utile en publiant à cette place l'observation suivante qui nous semble mériter de figurer à côté de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour :

M... Daniel, palefrenier, âgé de 17 ans, né à Paris, où il habite avec ses parents.

Antécédents héréditaires. — Le *père*, maitre d'écurie, âgé de 45 ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais été malade : pas d'alcoolisme, pas de syphilis. — La *mère*, actuellement âgée de 43 ans, a dans sa jeunesse, présenté des

(1) CLAUS et VAN DER STRICHT. Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie (*Même collection*. Bruxelles, 1895).

(2) SIGUIER. De l'épilepsie bravais-jacksonienne. Considérations cliniques et thérapeutiques (*Thèse de doctorat de Paris*. Henri Jouve, éditeur, 1895).

(3) RAYMOND. Étiologie et traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne (Leçon faite à l'hospice de la Salpêtrière le 23 mars 1895). *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, année 1895, n°s 6 et 7, pages 174 et suivantes et pages 214 et suivantes.

symptômes nerveux (attaques de nerfs, assez fréquentes, mais sans convulsions, paraît-il). Depuis deux ans, elle a des métrorrhagies, probablement symptômatiques d'un fibrome au début.

Le *grand-père paternel*, âgé maintenant de 71 ans, jadis palefrenier aux écuries de l'empereur et aujourd'hui concierge d'un immeuble situé dans une des avenues voisines des Champs-Elysées, jouit, malgré son grand âge, d'une santé parfaite, seulement troublée, à de rares intervalles, par quelques très légères poussées d'eczéma à la face dorsale des mains et derrière les oreilles. — La *grand-mère* (toujours du côté paternel) est vivante, elle aussi, et quoique très âgée elle-même (elle a, en effet, 4 ans de plus que son mari), jouit d'une très bonne santé.

Du côté maternel, les antécédents laissent à désirer. La *grand-mère*, âgée de 66 ans est seule vivante. Le *grand-père*, cultivateur dans les environs de Paris, est mort à 48 ans, des suites d'une longue affection nerveuse sur laquelle nous n'avons pu avoir des renseignements précis, et qui, dans les derniers temps, s'était compliquée d'une tumeur de l'estomac.

Le malade a eu et a encore *trois frères* et *une sœur*. Il est le troisième des cinq enfants, dont l'aîné, aujourd'hui âgé de 23 ans, est fort et vigoureux. Le plus jeune, un garçon également, âgé de 10 ans, s'est très bien porté jusqu'à ce jour. Il en est de même de l'autre frère, de quatre ans plus vieux que lui. Quant à sœur, élevée, jusque dans ces derniers temps, à la campagne par sa grand-mère maternelle, elle n'est à Paris que depuis peu, et n'y a été ramenée par ses parents que dans le but de l'y faire soigner. *Elle est, en effet, atteinte de chorée*, depuis trois ans environ, et nous la traitons pour cette affection, voilà bientôt un mois.

Antécédents personnels. — Malingre et chétif durant la première enfance. Dauiel M... n'a pourtant présenté, pendant cette période, aucun phénomène particulier, et n'a jamais eu, nous assure-t-on, ni convulsion, ni maladie proprement dite.

A partir de la dixième année, l'enfant qui, jusqu'alors était resté notablement plus grêle que les enfants de cet âge, se développa tout d'un coup, et grandit considérablement jusque vers l'âge de 13 ans. Mais à ce moment, ce développement s'arrêta net, et bientôt, les apparences de bonne santé qu'il présentait depuis quelques temps firent place à un amaigrissement profond et à un état d'anémie très intense. Inquiets de cela, les parents consultèrent plusieurs médecins qui tous, conseillèrent des fortifiants, des bains froids, voire même un séjour à la mer, toutes prescriptions qui furent exécutées mais sans qu'aucune amélioration se produisit dans l'état de l'enfant. Bientôt on eût l'explication de la chose : on s'aperçut que le jeune M... s'adonnait avec frénésie à la masturbation, et à tous les instants de la journée. Ce vice était développé chez lui à un tel degré qu'à plusieurs reprises il fut renvoyé pour ce fait, de diverses écoles. Ce fut à cette circonstance que nous dûmes l'occasion, dans le courant de l'année 1890, de voir le jeune M... pour la première fois, ses parents étant venus nous demander notre avis sur son cas. Nous conseillâmes tout ce que nous jugeâmes pouvoir être utile : exercices physiques allant jusqu'à la fatigue, bains douches, surveillance très étroite de tous les instants et aussi bien la nuit que le jour, etc. Grâce à ces mesures, et plus encore peut-être, par la crainte d'être, comme son père l'en menaçait, enfermé dans une maison de correction, l'enfant finit peu à peu par se débarrasser de ses fâcheuses habitudes, et, au bout d'un an et demi environ, après un séjour à la campagne, il revint à Paris, présentant cette fois, les apparences d'une santé convenable, ainsi que nous le constatâmes nous-même, fin 1892.

Maladie actuelle. — Le *8 juin 1894*, la mère de Daniel M... qui, depuis quelques jours nous amenait régulièrement sa fille à laquelle nous avions conseillé des bains statiques, en vue de combattre la chorée dont elle était afligée, nous conduisait en même temps son jeune garçon pour nous demander

conseil au sujet d'un accident qui lui était arrivé l'avant-veille. Ce jour-là, vers cinq heures après-midi, Daniel M... était, sous la surveillance de son père, occupé à panser un cheval, lorsqu'il ressentit tout à coup dans le poignet droit, puis dans la main et enfin dans tout l'avant-bras, une sensation de froid très vif à laquelle succéda presque immédiatement un engourdissement complet du membre qui le contraignit à laisser tomber la brosse dont il se servait. Croyant à une maladresse le père commençait déjà à l'interpeller rudement, quand il vit le jeune homme pâlir, comme s'il allait se trouver mal, et, en même temps être pris de tremblements convulsifs dans tout le membre supérieur droit. S'étant précipité pour le soutenir, il le saisit et le transporta sur un tas de paille voisin où il l'étendit. Mais durant ce très court intervalle de temps, tout était rentré dans l'ordre, et Daniel M... qui, d'ailleurs, n'avait pas perdu connaissance, déclarait aussitôt que « ça n'était plus rien ». Il accusait seulement une grande fatigue, et un peu d'engourdissement du bras droit. Monté, sans le secours de personne, dans sa chambre il s'étendit tout habillé sur son lit, et s'endormit assez rapidement d'un sommeil paisible qui dura deux heures environ. A son réveil, il ne ressentait plus rien, sinon une légère lourdeur du membre supérieur droit. Comme c'était l'heure du dîner, il demanda à se mettre à table, et tout d'abord mangea avec assez d'appétit.

Mais le repas n'était pas encore achevé, que les mêmes accidents se reproduisaient, également annoncés cette fois par la même sensation de froid dans le poignet, dans les mains, à l'avant-bras du côté droit, par la pâleur du visage, phénomènes auxquels succédaient presque immédiatement des mouvements convulsifs du membre, mouvements rapides et cessant quelques secondes pour recommencer aussitôt. Daniel M... ayant été transporté dans son lit, les convulsions cessèrent après cinq ou six minutes, nous dit-on, et le malade s'endormit assez vite. Le lendemain matin il s'éveillait comme

d'habitude, n'éprouvant rien d'anormal si ce n'est quelque lassitude et un peu de faiblesse de la main droite. La journée et la nuit qui suivirent s'écoulèrent sans autre accident, et Daniel M... qui s'était levé dans le cours de la matinée mangea comme à l'ordinaire et put même se livrer à quelques occupations.

État actuel. Examen du malade (*8 juin 1894*). — Le faciès est assez bon et dénote une santé à peu près satisfaisante. Seulement, le malade a l'aspect timide; il semble fuir les regards, et rougit facilement.

Pourtant l'intelligence est saine, et Daniel M... répond nettement à ce qu'on lui demande.

Il n'y a pas d'asymétrie de la face, et le crâne paraît bien conformé. Rien de particulier à noter concernant la conformation et le mode d'attaché du pavillon de l'oreille.

Le thorax est un peu maigre, et les omoplates sont légèrement saillantes.

Les membres supérieurs et inférieurs, aussi bien ceux du côté droit que ceux du côté gauche sont bien conformés.

Tous les mouvements volontaires sont possibles, et le malade peut, devant nous, mouvoir aussi aisément le membre supérieur droit que celui du côté opposé.

La force de pression de la main droite (approximativement évaluée, il est vrai, et sans le secours du dynamomètre) nous paraît être la même que celle de la main gauche. Le malado étant droitier, nous en déduisons qu'il doit y avoir un léger affaiblissement à droite.

La marche est normale.

Les réflexes tendineux rotuliens sont à peu près normaux et égaux des deux côtés.

Pas de trépidation épileptoïde.

En ce qui concerne la sensibilité générale, le malade n'accuse aucune douleur, ni même aucune sensation anormale en

dehors de la sensation du froid qu'il a ressentie au moment de chacune de ses deux crises.

A l'exploration, nous ne trouvons nulle part ni plaque d'anesthésie, ni plaque d'hyperesthésie.

Le tact est conservé et le malade distingue parfaitement les différences thermiques aussi bien dans le membre supérieur droit que dans les autres parties du corps.

La vue est normale.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière. L'accommodation à la distance se fait bien. — Pas de diplopie.

Rien d'anormal non plus du côté de l'ouïe, ni du côté du goût. Jamais le malade n'a eu de bourdonnement, ni de sifflement d'oreille, et il n'a jamais éprouvé aucune sensation de saveur anormale.

Rien au cœur ni aux poumons, pas plus du reste qu'au foie et aux reins.

Pas de troubles digestifs.

Pas de constipation habituelle.

La miction se fait bien. — Durant les deux crises précédentes le malade n'a pas uriné sous lui.

Par le seul récit qui venait de nous être fait, nous n'avions pas grande difficulté à nous convaincre qu'il s'agissait en ce cas d'épilepsie partielle à aura sensitivo-motrice. Cette conviction ne pouvait qu'être confirmée du reste par l'examen du malade et aussi par les commémoratifs précis que nous possédions sur ses antécédents personnels et héréditaires. Néanmoins, nous nous abstinmes, ce jour-là, d'ordonner aucune médication, limitant notre intervention à de simples prescriptions hygiéniques, et demandant seulement qu'on nous prévienne sans retard si un accident quelconque se reproduisait.

Quinze jours s'écoulèrent durant lesquels il ne se passa rien de nouveau.

Mais dans la matinée du *23 juin* nous étions appelé chez

Daniel M... — Dès notre arrivée, on nous apprenait que depuis la veille au soir il avait eu quatre crises, pareilles aux deux précédentes. — La première crise s'était produite vers huit heures du soir, au moment où le malade allait se mettre à table. Elle avait duré environ cinq minutes, et le malade s'était couché aussitôt après. — La seconde s'était manifestée une demi-heure plus tard et avait eu à peu près la même durée. — La troisième était survenue vers dix heures. — Quant à la quatrième, elle s'était déclarée le matin même, à sept heures, à l'instant précis où le malade, encore au lit, allait prendre une tasse de lait qu'on lui apportait. Cette dernière crise, la plus violente de toutes, s'était prolongée pendant plus d'un quart d'heure et avait été suivie, parait-il, de perte de connaissance du sujet, lequel s'était ensuite profondément endormi.

Chaque fois, d'ailleurs, les symptômes avaient été les mêmes que ceux qui ont été décrits plus haut : sensation de froid dans le poignet droit, dans la main et dans l'avant-bras, convulsions de tout le membre supérieur droit, engourdissement et même parésie presque complète de ce dernier, pâleur au visage, enfin lassitude et tendance au sommeil.

A la suite de la dernière crise, Daniel M... avait dormi près de trois heures, et il y avait à peine une heure qu'il était réveillé lorsque nous arrivâmes près de lui.

A ce moment, ses traits révélaient un peu de fatigue, mais rien de plus. En revanche, le membre supérieur droit était à moitié paralysé, et ce n'était qu'au prix des plus grands efforts que le malade pouvait le soulever, sans le secours de la main gauche, de quelques centimètres. Quant aux mouvements de la main droite, ils étaient presque impossibles. .

Daniel M... se rappelait d'une façon suffisamment précise les diverses phases initiales de chacune de ses crises, et il n'accusait maintenant aucun malaise ni aucune céphalée.

Pas de traces de morsure de la langue, et pas plus que les autres fois, le malade n'avait uriné sous lui.

Comme traitement unique, nous prescrivons l'application *au-dessus du poignet droit d'un vésicatoire large de trois centimètres, et assez long pour entourer complètement ce segment du membre*. Nous recommandons de le laisser en place pendant 24 heures, puis, de procéder ensuite à un pansement ordinaire, sans rien faire de plus.

Deux jours après (*25 juin*), nous revoyons le malade. Nous nous assurons que le vésicatoire a bien été appliqué ainsi que nous l'avions indiqué. — Bien que gêné par la douleur encore occasionnée par la plaie récente de ce vésicatoire. Daniel M... peut remuer assez facilement sa main, soulever l'avant-bras et le bras et leur faire exécuter les divers mouvements d'extension et de flexion. Cependant, le malade déclare éprouver encore, *par moments*, une sensation de froid dans l'avant-bras droit et au niveau du coude.

Immédiatement, nous faisons appliquer *un second vésicatoire circulaire*, mais, cette fois, à la partie inférieure du bras juste au-dessus de l'articulation du coude.

Le *30 juin*, nous visitons de nouveau Daniel M... qui, ce jour-là, nous affirme que la sensation de froid qu'il ressentait en divers points du membre supérieur droit s'est entièrement dissipée, qu'il n'a aucun autre accident, et qu'enfin il se porte très bien.

Quelques jours après nous constations encore que cet état satisfaisant continuait à persister, que le membre supérieur droit avait repris toute sa force, et que le malade pouvait s'en servir comme autrefois.

Depuis cette époque, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous rendre compte que la santé du malade ne laissait plus rien à désirer.

Tout récemment enfin (*juillet 1895*), nous recevions de lui-même et de ses parents l'assurance que depuis plus d'un an, il n'avait eu aucune crise, ni rien d'analogue.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

(suite et fin).

§ VIII

MÉDICATIONS ÉTRANGES.

En multipliant les chapitres, en diversifiant les classes de médicaments annamites, il en reste cependant encore beaucoup qui ne trouvent pas leur place et qui nécessitent le chapitre artificiel des médicaments étranges.

Nous avons vu le fréquent usage des excréments en chirurgie, ils sont également usités en médecine. Au début de la variole par exemple, si l'éruption tarde à sortir, on administre du miel mélangé avec des excréments de chien, de chat, de cochon et même d'homme.

Les substances sont recueillies à date fixe, le douzième mois « Novembre » et mises à sécher, puis soigneusement rangées jusqu'à usage.

La corne de rhinocéros, joue un rôle fort important en thérapeutique et s'adresse à toutes les maladies. Elle jouit d'une réputation très analogue à celle de la fameuse corne de licorne dans notre ancienne pharmacopée. La corne de cerf a des propriétés moins étendues et moins rares.

Pour tout citer il faudrait des volumes : passons donc rapidement sur le sang de la crête de coq, qui sert à de

multiples usages, sur l'écaille de tortue, sur celle du pangolin, etc. Il n'est pas d'animaux sauvages ou domestiques, dont partie ou tout ne soit utilisé.

Arrêtons-nous un instant au fiel d'ours, dont le rôle est considérable, soit en médecine, soit en chirurgie. Le fiel d'ours arrête les hémorragies, chasse les humeurs peccantes. Très coûteux, ce produit est l'objet de nombreuses fraudes, et son achat est précédé d'un contrôle. On met sur un vase rempli d'eau un fragment de feuille de latanier, et l'on verse quelques gouttes des précieux médicaments, s'il est sincère et non sophistiqué, la feuille entre en rotation.

Le ver de terre est un fébrifuge réputé, on le mange soit avec du citron, soit cuit dans une banane.

La toile d'araignée jouit des mêmes propriétés, on prend le matin les fines toiles couvertes de rosée, pour joindre à l'action spécifique de ce curieux reméde, l'effet bienfaisant de l'eau fraîche du ciel. Il me semble que le médicament est utilisé dans notre médecine populaire (1).

La terre des nids de termites sert, nous l'avons vu ailleurs, à dégager les conduits du lait chez les nourrices.

Je crois inutile de prolonger cette énumération, et j'arrive à des méthodes étonnantes.

L'une est le traitement des maux de tête par la méthode sternutatoire. On insuffle dans le nez du patient une poudre complexe qui le fait éternuer et chasse avec les mucosités la douleur et la lourdeur de tête. « Les Annamites croient à la méthode antiglaireuse chez nous si populaire. » Cette poudre sert aussi de pierre de touche, dans les états comateux et les syncopes, si le malade réagit, le pronostic est

(1) Voir Dujardin-Beaumetz. *Cliniques thérapeutiques.*

favorable, mais s'il ne proteste pas par un vigoureux éternuement, l'issue est fatale.

Le traitement de la pendaison est encore un bon exemple de ces surprenantes pratiques médicales.

Le pendu est étendu sur un lit ou sur le sol, la corde est dénouée mais non coupée, car par la section s'échapperait l'air contenu dans le corps.

Par surcroît de précaution, le médecin place la main sur la bouche et le nez du pendu, pour empêcher l'air de sortir.

On souffle alors dans l'oreille du patient avec un tube de bambou, et l'air doit sortir par la bouche ! sans cela le pronostic est fatal.

On utilise aussi la poudre sternutatoire, et si l'éternuement se produit, tout le monde reprend espoir.

On fait alors trois incisions sous la plante du pied droit chez l'homme, et gauche chez la femme, pour faire descendre le sang.

Enfin, pour achever la cure, on arrose la langue tuméfiée du pendu avec le sang de la crête d'un coq ou d'une poule, suivant le sexe.

On ne peut soigner les pendus la nuit, à cause du froid.

Il existe encore un bien curieux médicament ; la racine *Jum juong Hoac*. Cette racine a divers usages, sa préparation demande trois jours d'ébullition en été, et cinq jours en hiver. Le médicament une fois préparé, oblige à de méticuleuses précautions. Si, par malheur, le couvercle du vase qui le contient est ouvert en *présence* d'un chien ou d'une poule, les voilà enragés.

Si cette imprudence est commise devant une femme, c'est bien pis encore, car elle devient amoureuse du médecin qui a préparé le médicament, et cet amour dure cent jours.

Avec de semblables propriétés, cette racine est indiquée pour la confection des philtres amoureux.

Les philtres amoureux existent au Tonkin, ailleurs que dans les opéras, et des lois sévères punissent d'un exil d'un an l'indélicat qui use de ces préparations pour se faire aimer.

La chronique prétend que les femmes useraient plus souvent que les hommes de cet artifice qui n'est pas prévu dans le code des coquetteries permises.

Il suffit, pour être payé de retour, de faire boire à l'objet de sa flamme un breuvage où l'on introduit une poudre faite avec la racine précieuse, du fer doux et de l'aimant. Les deux dernières substances sont d'un symbolisme bien curieux.

Mais voici que des pratiques qui rappellent l'envoûtement de la magie occidentale, viennent compliquer le breuvage. Le philtre doit, pour être irrésistible, contenir un fragment d'ongle, ou un peu de cendre des cheveux de celui qui veut être aimé.

L'envoûtement est du reste très largement pratiqué au Tonkin, sous une forme un peu spéciale.

Celui qui désire la mort d'un ennemi enterre dans sa propriété des poils de moustache de tigre, et les pires malheurs tombent comme grêle sur l'ensorcelé.

C'est pour éviter ces criminelles tentatives que l'on brûle soigneusement les moustaches des fauves capturés.

Les philtres sont à l'usage des riches, car ils sont coûteux. Les misérables ont recours à une méthode plus économique pour se faire aimer. Ils font une poudre avec le corps d'un vers L'Tach Nguyen Son, et mélangent cette poudre aux aliments de la personne convoitée.

Le vers doit ses propriétés à ce fait qu'on le trouve toujours par paire, et jamais seul, encore le symbolisme.

Les philtres amoureux ont joui d'une telle célébrité dans notre antiquité qu'il n'est pas sans intérêt de les retrouver au Tonkin, officiels et prévus par les lois.

§ IX

MALADIES SURNATURELLES

Le culte des morts et des esprits est, on peut le dire, toute la religion annamite. Les esprits bons ou mauvais jouent un grand rôle dans la vie publique et privée.

Nous avons vu que la médecine est inséparable de la philosophie générale, de l'esprit même de la race, nous ne serons donc pas étonnés de retrouver les mauvais génies, les Mâ Kouys comme fauteurs d'accidents graves, comme auteurs de méfaits pathologiques (1).

Dans le peuple, tout est volontiers rapporté aux Mâ Kouys, depuis la simple migraine jusqu'aux convulsions, et le sorcier qui les conjure est, comme dans certaines provinces reculées d'Europe, plus consulté que le médecin.

La médecine officielle délimite davantage l'intervention de ce facteur surnaturel. Nous étudierons l'exorcisme au Tonkin dans un autre travail, n'envisageons la question qu'au point de vue purement médical.

Trois accidents sont plus particulièrement attribués aux Mâ Kouys. L'avortement, les rêves libidineux et une maladie spéciale que nous étudierons tout à l'heure.

Une femme rêve-t-elle à des rapports charnels avec un autre que son légitime époux ? L'amant mystérieux qui la visite est un Mâ Kouy.

Un homme fait-il des infidélités à sa femme ou à ses femmes, c'est encore le Mâ Kouy qu'il faut incriminer...

---

(1) Les Mâ Kony sont les esprits méchants, les âmes des criminels, des suppliciés, des gens morts sans sépulture, nos mauvais génies des contes, nos diables du moyen âge, nos revenants.

Ce sont bien là les démons incubes et succubes de notre moyen âge.

L'avortement répété, sans causes traumatiques, n'a pas d'autre origine que l'influence néfaste des mauvais esprits.

Cette conviction est si bien enracinée, que de nombreuses histoires courent sur ce sujet. En voici une entendue pendant mon séjour à Dap Lau (Delta).

Près des logements militaires habitait un riche annamite qui avait ainsi, parait-il, échappé au sort funeste que lui réservait un Mâ Kouy.

Sa mère avait eu plusieurs avortements attribués à cette cause surnaturelle, et se trouvait enceinte de lui. Un soir, un voleur tente de forcer la porte de la maison, quand il recule épouvanté par l'apparition d'un Mâ Koui sur le seuil. D'instinct, il frappa cette forme de son coupe-coupe et s'enfuit. Il venait de délivrer la maison du mauvais génie, et un bout de vêtement blanc fût trouvé le matin sur la porte, témoin de cette victoire. La mère *désensorcelée* accouchait bientôt d'un fils, qui est notre annamite de Dap Lau. Le voleur avoua sa tentative, et reçut une large récompense pour l'heureuse issue de ses desseins criminels.

Les convulsions des enfants sont causées par la vue terrifiante de ces revenants.

Il existe enfin une autre manifestation pathologique de ces mauvais génies.

Parfois un voyageur attardé la nuit rencontre des Mâ Kouys sur sa route, il rentre à moitié fou de terreur, et sur son corps, on trouve des traces de violence. Ses bras, ses jambes, sa poitrine sont couverts de raies livides, de tâches purpurines en relief, dans lesquelles les sorciers retrouvent la signature des auteurs de ces coups, les noms des Mâ Kouys coupables de ces méfaits.

J'ai eu l'occasion de voir l'un de ces cas, et jai été fort

étonné de me trouver en présence d'un bel exemple d'autographisme nerveux.

Les herbes, les branches des arbres, les plis des vêtements avaient formé des reliefs sur la peau d'un indigène entaché d'hystérie, affolé par les hallucinations d'une marche de nuit.

Hallopeau a décrit des cas semblables : « L'urticaire autographique est remarquable, dit-il, par sa circonscription aux parties des téguments qui ont été le siège d'une irritation mécanique, peu importe que cette irritation ait été produite accidentellement, ou par la main de l'expérimentateur, etc. »

Le moyen âge est rempli de ces stigmatisés, que cette signature diabolique conduisait au bûcher.

L'annamite, plus tolérant, a des médicaments pour ces affections surnaturelles.

L'os de la tête du tigre, réduit en poussière, est pris en tisane, comme si la terreur inspirée par cet animal redouté, poursuivait les morts par delà la tombe.

Les enfants portent souvent au cou une griffe ou un os de tigre comme amulette contre les entreprises des Mâ Kouys. C'est pour leur défendre l'entrée des habitations, que l'on y colle de grossières images du même animal.

L'oxyde rouge de mercure, le cinabre, l'argile ferrugineux servent à la confection de bols dont on place sept sur le bras de l'individu tourmenté par ces revenants.

Les fruits d'un accacia « bô Ket » sont brûlés dans le même but.

La fumée de ce produit éloigne les Mâ Kouys. Ce fruit précieux est brûlé lors des funérailles autour du cercueil des morts, pour écarter les esprits malfaisants de l'âme du défunt.

Les substances énumérées produisent, paraît-il, des effets

terribles sur ces mauvais génies qui s'éloignent aussi vite que Méphistophelés devant la croix des soldats de Faust.

Les Mâ Kouys sont nombreux, redoutables souvent, et les moyens thérapeutiques sont parfois insuffisants. Le possédé doit alors recourir à l'exorciste, l'y suivre nous écarterait trop de notre cadre.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de la Pitié.)

M. Albert Robin

Traitement du Zona.

(Recueillie par M. Goudart).

Il importe, au point de vue thérapeutique, de distinguer les deux éléments qui constituent le zona: l'éruption et la douleur. De ces deux éléments , c'est la douleur qui survient en premier lieu ; non seulement elle précède et accompagne l'éruption, mais encore elle persiste et, dans certains cas, fort longtemps après la disparition des vésicules du zona.

Au point de vue du traitement, il faudra donc, d'une part soigner l'éruption, d'autre part calmer les douleurs : cette dernière indication comprenant le traitement de la névralgie dont souffre le malade avant et pendant l'éruption et le traitement de la douleur qui subsiste lorsque l'éruption a disparu.

On commencera toujours le traitement par l'administration d'un purgatif salin, le sulfate de soude de préférence.

I. Traitement de l'éruption. — On a préconisé, suivant les auteurs, tantôt l'application de compresses humides, tantôt l'application de compresses sèches, on a vanté les pâtes et les topiques les plus divers ; en réalité une indication doit dominer toutes les autres dans le traitement local de l'éruption : il faut, avant tout, maintenir absolument sèche la région malade. On devra s'abstenir rigoureusement de tout topique. On appliquera sur la région douloureuse une feuille de ouate recouverte de la poudre suivante, qui calmera la douleur :

Poudre d'amidon		60 grammes.
Oxyde de zinc	15 à	20 —
Poudre de camphre	1 à	3 —
Poudre d'opium brut finement pulvérisé		1 —

Chez les vieillards, il faudra surveiller avec soin l'éruption, afin de prévenir si possible l'ulcération du zona qui rendrait plus grave le pronostic de l'affection.

II. Traitement de la névralgie qui précède et accompagne l'éruption. — Pour combattre la névralgie qui précède et qui accompagne l'éruption, on se trouvera bien, en général, de faire prendre au malade des pilules contenant :

Extrait de Datura Stramonium	àà 0gr,01
Extrait de jusquiame	
Extrait de belladone	0gr,005

pour une pilule.

Prendre quatre pilules par jour.

Si ces pilules n'amènent pas d'amélioration notable et ne diminuent pas sensiblement la douleur, on administrera de l'antipyrine à l'intérieur.

III. Traitement de la névralgie consécutive à l'éruption. — Pour traiter la névralgie consécutive à l'éruption, on s'adressera à l'antipyrine que l'on administrera en injections sous-cutanées.

On pourra aussi essayer des injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude.

ODONTOLOGIE

I. Note sur l'emploi du carbonate de strontium,

Par M. E. Métral
Professeur à l'École dentaire de Genève.

Tout d'abord, sans énoncer les propriétés générales du strontium et de ses composés, nous insisterons néanmoins sur leur non-toxicité aujourd'hui nettement établie par les expériences du Dr Laborde. Ce qu'il importe de rappeler surtout au point de vue chimique, c'est que les sels de strontium se trouvent à l'état naturel sous forme de carbonate et de sulfate le plus souvent unis à la baryte ; il est nécessaire avant tout de les débarrasser soigneusement et aussi complètement que possible de cette dernière qui, elle, est éminemment toxique et peut apporter à la strontiane une nocivité qu'elle n'a pas par elle-même. L'on ne saurait donc jamais trop s'assurer de la pureté chimique des composés de strontium appliqués à la thérapeutique.

Le carbonate de strontium se rencontre à l'état naturel et est alors connu sous le nom de strontianite ; des gisements de ce minerai existent à Strontian en Écosse, à Falzbourg en Autriche. On le trouve dans un grand nombre d'eaux

minérales, les eaux de Vichy en contiendraient de 3 à 5 milligrammes par litre (Bouquet), les eaux de Carlsbad et même les eaux de la mer en contiendraient également (Wurtz).

Le carbonate de strontiane naturel a une réaction faiblement alcaline ; sa densité est de 3,60 à 3,71 ; il est isomorphe avec l'aragonite et cristallise sous forme de prismes orthorombiques.

Le carbonate de strontiane pur se prépare soit en précid pitant une solution d'azotate et de strontiane par un mélange de carbonate d'ammoniaque et d'ammoniaque, soit en faisant passer du gaz carbonique dans une solution d'hydrate de strontiane, soit encore en traitant le sulfate de strontiane par des solutions de carbonates alcalins.

Ce composé se présente sous la forme d'une poudre d'un blanc éclatant, très douce au toucher, à réaction très légèrement alcaline insipide et inodore. Sa densité égale 3,55. Il est soluble dans 12,500 parties d'eau froide ; il est plus soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique. Inaltérable à l'air, il résiste à la chaleur rouge ; à une température plus élevée, il fond et perd peu à peu son acide carbonique (1).

Ce sel était jusqu'ici sans emploi médical ; l'étude de ses propriétés m'a conduit à l'expérimenter comme dentifrice et les raisons suivantes me le font préférer aux corps qu'on emploie pour cet usage :

1° Son pouvoir détersif ou usant est intermédiaire entre celui des carbonates de chaux et de magnésie, dont l'action est trop faible, et celui de la pierre ponce, qui raye les dents dont l'émail est de mauvaise qualité. C'est ce qu'ont démontré de nombreux essais sur des dents extraites soumises à l'action de la brosse imprégnée de ces différentes substances ;

---

(1) *Les sels de strontium*, par le Dr Malbec. — Paris 1892.

2° Sa réaction légèrement alcaline est un avantage, les acides étant la cause initiale de la carie ;

3° Son emploi est agréable par ce fait qu'étant onctueux il s'attache à la brosse et aux dents et ainsi ne présente pas l'inconvénient de certaines poudres qui, se répandant dans la cavité buccale, pénètrent dans le pharynx et y déterminent une sensation de chatouillement, la toux et parfois même des nausées ;

4° Son prix de revient presque nul ne s'oppose pas à la généralisation de son emploi.

5° Les sels de strontium paraissent exercer une action conservatrice et antiputride sur les tissus, les liquides et les excreta organiques. (Il résulte des expériences du docteur Laborde que leur élimination par les matières fécales et leur présence dans l'intestin sont incompatibles avec le développement et l'existence du tœnia.)

Préparations : Le carbonate de strontium peut parfaitement être employé seul, mais je préfère l'associer à un corps antifermentescible tel que la fleur de soufre ; il constitue ainsi un dentifrice parfait à tous égards.

Voici les formules que j'ai adoptées :

1° *Rp.*	Carbonate de strontium.... } Fleur de soufre............ }	àà 15 grammes.
	Essence de roses...........	VI gouttes.

M. D. P. poudre dentifrice.

Cette poudre est insipide et d'un emploi agréable.

2° *Rp.*	Carbonate de strontium.....	6 grammes.
	Fleur de soufre............	3 —
	Savon médicinal............	13gr,50
	Essence de roses...........	VI gouttes.

Mucilage de gomme arabique et glycérine àà q.s. p. f. une pâte dentifrice.

II. Note sur l'emploi du chlorhydrate de safranine (phénosafranine).

Par M. E. Métral,
Professeur à l'École dentaire de Genève.

Le produit que j'ai employé est la safranine B extra de la Société badoise à Ludwigshafer-sur-Rhin. C'est une matière colorante qui appartient au groupe des azines substituées à l'azote azinique ; elle se rattache par ses propriétés antiseptiques aux pyoktanines du Dr Stilling de Strasbourg (jaune et bleue : la jaune est de l'auramine colorant du diphénylméthane; la bleue, qui est du bleu de méthylène, c'est-à-dire une thiazine, est un antiseptique chirurgical).

La constitution de la safranine a été établie récemment par le Dr G. Jaubert; elle répond à la formule développée suivante :

N

H^2N — NH^2Cl

N

En solution dans l'eau et dans l'alcool, elle donne une belle coloration rouge vif fluorescente. Les solutions aqueuses de chlorhydrate de safranine en présence du pus atténuent sa virulence et sont colorées. Dans cette réaction, la safranine est transformée en leucobase qu'on peut réoxyder par l'adjonction d'une solution alcoolique de chloranile (tetracklorquinone). Ces expériences sont poursuivies

actuellement par Mme Mengarini, docteur-médecin à Rome. Ce produit n'a jamais été employé en médecine.

Je m'en suis servi pour colorer les élixirs, les poudres et les pâtes dentifrices, estimant qu'il vaut mieux avoir recours à une substance douée de propriétés antiseptiques qu'à des colorants sans action comme ceux employés dans ce but.

La quantité de safranine doit être très petite à cause de son énorme puissance de coloration. Voici la formule d'élixir dentifrice que j'ai adoptée ; elle réunit les qualités requises d'une telle préparation, antiseptique, astringente, aromatique et d'une couleur engageante :

Rp.	Salol................................	2 grammes.
	Esprit de lavande....................	15 —
	— mélisse.....................	15 —
	— cologne.....................	90 —
	Tanin................................	2 —
	Chlorhydrate de safranine............	0,03
	Saccharine...........................	0,25
	Essence de menthe poiv.	XII gouttes.

M. D. P. Elixir dentifrice.

Pour colorer les poudres et les pâtes dentifrices, je me sers d'une solution alcoolique de safranine à 1/1200. Quelques gouttes suffisent pour donner au carbonate de strontium une délicate couleur rose claire incomparablement plus belle que celle obtenue par tout autre produit. La poudre strontium et soufre prend une coloration saumon du plus bel effet.

Ces préparations ne tachent ni le linge ni les brosses, comme le font la cochenille, le carmin, etc.

Le pharmacien y trouvera son avantage, car la coloration uniforme s'obtient avec facilité, sans qu'il soit nécessaire

de triturer longuement, comme c'est le cas avec les autres corps.

La safranine pourrait servir en parfumerie pour colorer en rose la poudre de riz.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Rétrécissement cancéreux du pylore. Gastro-entérostomie. Amélioration (*Ac. de Méd.*, séance du 6 août 1895). — M. Débove lit une observation d'un malade chez lequel il diagnostiqua un rétrécissement cicatriciel du pylore. Il s'agissait en réalité d'un cancer ayant probablement succédé à un ulcère.

Une gastro-entérostomie fut pratiquée sans encombre; l'exploration gastrique faite après l'opération montra que la stase des aliments n'avait pas cessé; le suc pancréatique refluait dans l'estomac.

Ce reflux est d'ailleurs sans inconvénient pour le malade. Il a en effet augmenté de 34 livres en moins de trois mois, malgré le trouble des fonctions mécaniques de l'estomac (les aliments ne passent plus par le pylore) et de ses fonctions chimiques (l'absence d'acide chlorhydrique supprimant la peptonisation par le suc gastrique).

Résection intra-cranienne du trijumeau (par Beck, *Merc. méd.*, juil. 1895). — L'auteur a traité 3 cas de névralgie du trijumeau par la résection intra-cranienne du nerf après échec de plusieurs procédés. Ces 3 cas ont donné des succès durables. D'après le procédé de Krause, lambeau ostéo-cutané de 6 centimètres sur 5 dans la région temporale, la base corres-

pond à l'os zygomatique. Ce lambeau est rabattu, la dure-mère décollée de la fosse moyenne, de façon à dénuder le trou épineux et la méningée moyenne, le trou ovale, le trou rond et la fente orbitaire supérieure, avec les trois branches du trijumeau. Isolement de ces branches jusqu'au ganglion de Gasser. On les coupe entre ce dernier et les canaux osseux. L'extirpartion du ganglion peut être effectuée en même temps. Difficultés : dans la dénudation de la première branche, éviter le sinus caverneux et les nerfs oculo-moteurs. Complications : surtout les hémorrhagies des branches de la méningée moyenne par déchirure. On peut y parer, soit par la torsion du bout central, soit par la cautérisation au fer rouge très efficace, soit enfin par le tamponnement, qui oblige à différer l'opération de quelques jours.

Traitement des varices de jambe par la ligature de la saphène interne, d'après la méthode de Trendelenburg (Faisst, *Bruns' Beitraege zur Chirurgie*, B. XIV, H. 1, 1895). — Dès l'antiquité la plus reculée, on a essayé à remédier aux varices de jambe par la régularisation opératoire du cours du sang veineux, et plus tard aussi de nombreux procédés ont été proposés dans ce but, à savoir : acupuncture des veines par des aiguilles, l'extirpation des varices, ligature sous-cutanée ou à ciel ouvert, section, ligatures multiples au catgut enlacées autour d'un tube élastique, compression, cautérisation, pelotes à ressorts, électropuncture, substances coagulantes (perchlorure de fer, alcool, chloral hydraté, iodotanin, acide phénique) injectées dans les tissus périvasculaires ou dans la veine elle-même, etc., etc. L'extirpation des varices, pratiquée déjà par Celsus, a eu dans ces derniers temps un nouveau regain d'actualité.

Mais c'est Trendelenburg qui a fait faire le plus grand progrès au traitement des varices en étudiant attentivement la pression sanguine dans les veines et en reconnaissant l'important rôle joué par la dilatation et l'insuffisance des valvules de la saphène interne dans la pathogénie et la pathologie des

ulcères de jambe variqueux. Il démontra que, grâce à la ligature soignée de la veine saphène interne, les varices et les autres accidents consécutifs ne tardent pas à disparaître. Mais on devait se demander si l'amélioration ainsi obtenue persistait aussi.

C'est dans ce but que l'auteur soumit à un examen attentif 12 cas de varices de jambe (sur 25 cas opérés par la ligature de la saphène interne d'après le procédé de Trendelenburg), dont 2 opérés près de 2 ans avant, 7 cas depuis 1 à 2 ans et 3 cas depuis plus de 6 mois. Dans tous ces cas, l'infirmité dont avaient souffert ces malades n'a pas reparu. C'est ainsi que, même chez le malade opéré depuis 2 ans 1/2, il n'y eut pas de récidive depuis. Mais il faut tout de même remarquer que les varices n'ont disparu tout à fait que chez 2 malades. Dans 4 cas, malgré l'absence complète de toute souffrance et de malaise, on pouvait sentir, le long de l'incision, l'existence d'une veine dilatée avec insuffisance valvulaire; cette veine ressemblait à s'y méprendre à la saphène interne. Avait-on ici affaire à la vicariation d'une branche parallèle du tronc principal; pour celui-ci ou avait lié pendant l'opération une branche parallèle au lieu et place du tronc principal de la saphène? Quoi qu'il en soit, on peut facilement prévenir ces récidives en pratiquant la ligature de la saphène au-dessus de l'entrée de la branche parallèle, juste avant l'embouchure de la saphène dans la veine fémorale, sous le trou oval, et non à la limite de son tiers supérieur avec son tiers moyen, comme l'a conseillé Trendelenburg.

Les autres communications sur les résultats de l'opération de Trendelenburg, dont une appartient à Perthas (V. *Bul. gén. de ther.*, 1895, et provient de la clinique de Trendelenburg, sont conformes à ce que vient de rapporter l'auteur. Sur les 176 cas relatés dans la littérature médicale, on a fait des recherches dans 100 cas pour apprendre les résultats des suites de l'opération : or, sur ces 100 cas, les douleurs et les ulcères n'ont pas récidivé dans 85 cas, au moins

pendant six mois après l'opératiou, qui est si facile et exempte de tout danger. Un malade est resté même 9 ans sans récidive aucune (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 27, p. 583 et 584).

Médecine générale.

Cas de torticolis spasmodique chronique guéri par le curare en injections sous-cutanées (H. Weiss, communication à la Société médicale de Vienne; *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 21, p. 425-427). — Les médications les plus efficaces contre le torticolis spasmodique sont la galvanisation, le massage et l'eau phéniquée (à 2 0/0) en injections sous-cutanées aux points douloureux. Mais parfois on échoue avec toutes ces médications, ce qui est presque la règle dans les cas invétérés: on aura alors recours à l'élongation sanglante du nerf. Si ce traitement ne donne pas de résultats favorables immédiats, il ne faut pas néanmoins oublier qu'après avoir pratiqué l'élougation nerveuse, on réussit parfois avec des remèdes qui s'étaient montrés inactifs avant l'opération.

Mais même alors que l'opération a donne un résultat immédiat favorable, la rechute ne tarde pas à survenir. C'est ce qui est arrivé chez le malade de l'auteur. En désespoir de cause, l'auteur eut recours à l'injection sous-cutanée d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution bieu filtrée de 0^{gr},15 de curare dans 10 grammes d'eau. Les injections furent répétées un jour sur deux. La guérison fut rapide et presque complète; il n'est resté qu'une légère rigidité des muscles de la nuque qui n'empêche nullement le malade d'exécuter tous les mouvements de la tête.

Pour les injections sous-cutauées de curare, il faut prendre les précautions suivantes :

1° On fera préalablement des expériences sur des animaux pour se renseigner sur la toxicité de la préparation. La solution sera faite dans 10 à 15 fois son volume d'eau toutes les

fois que l'on a à sa disposition un curare dont 0gr,0001 tue une grenouille et 0gr,001 un lapin.

2° La solution sera bien filtrée jusqu'à ce qu'elle présente la coloration jaune paille.

3° N'a-t-on pas sous main des animaux pour faire des expériences, on commencera alors par injecter une solution très diluée dont on augmentera petit à petit la concentration jusqu'à ce que le malade éprouve un léger frisson pendant l'injection : une fois arrivé là, on n'élèvera la dose que très peu, et ce seulement goutte à goutte. On débutera toujours par une demi-seringue de Pravaz et on ira lentement jusqu'à une seringue tout entière : toutefois, dans certains cas, on peut injecter dès le début une seringue tout entière.

Il est à remarquer que, contrairement à l'assertion de Hœgyes, d'après lequel le curare n'exercerait aucune influence sur la température de l'animal, les injections de curare furent toujours suivies, dans le cas de l'auteur, de légère élévation transitoire de la température. Pas de phénomènes secondaires fâcheux d'aucune sorte.

Sur l'action spécifique de l'ichthyol sur la marche de l'érysipèle. (Vychpolsky, *Voïénno-méditsinsky Journal*, mai 1895.) — L'auteur a essayé l'ichthyol dans 12 cas d'érysipèle de la face et du cuir chevelu. Les résultats obtenus par lui dans ces cas — tous ont guéri — lui font considérer l'ichthyol comme un spécifique contre l'érysipèle.

Il s'est servi de l'onguent ichthyolé dont il badigeonna les parties lésées de la peau deux fois par jour, en ayant soin de porter l'onguent en couche épaisse. L'onguent était ordinairement constitué de 1 partie d'ichthyol pour 8 parties d'une graisse quelconque (vaseline, axonge, etc.). Dans les cas où l'action thérapeutique de l'ichthyol ne se manifestait pas de si tôt, par exemple, si la température ne s'abaissait pas rapidement, il avait alors recours à un onguent plus riche en ichthyol (2-3 : 8 axonge). Le camphre, qu'il ajoutait parfois à

l'onguent, sembla rendre plus énergique l'action curative de l'ichthyol et lui enlever son odeur désagréable.

Dans le but de rendre plus manifeste l'action de l'ichthyol sur l'érysipèle, l'auteur soumit les 12 cas qu'il avait en observation, à trois modes de traitement :

1° Il badigeonna les parties lésées avec de la vaseline pure en mettant des bandes d'emplâtre adhésive à la limite de la peau malade d'avec la peau saine;

2° Badigeonnage à l'ichthyol mélangé à l'axonge (onguent ichthyolé) ; et

3° En administrant à l'intérieur des antipyrétiques (quinine, antipyrine, phénacétine).

Ad 1°. La vaseline pure n'abaissa pas la température (à part les défervescences matinales peu accusées), n'améliora pas l'état général des malades; seule, la tension de la peau devint moins prononcée. L'ichthyol était-il ajouté à la vaseline après trois à cinq jours de traitement avec celle-ci (pendant tout ce temps la température était ordinairement très élevée), la fièvre tomba dès le premier jour après l'institution du traitement ichthyolé; en même temps, survint l'amélioration de l'état général, ce qui démontra que le processus érysipélateux avait cessé de progresser.

Ad 2°. Grâce à ce procédé de traitement, l'érisypèle s'arrêta rapidement, et la guérison survint ordinairement vers le troisième jour et pas plus tard que vers le sixième jour.

Ad 3°. Les antipyrétiques seuls n'arrêtèrent pas la marche de l'érysipèle qui continua à progresser et à envahir de nouvelles régions; mais, dès que, au traitement par les antipyrétiques, fut associée l'application locale de l'onguent ichthyolé, que voici la température de tomber en quelques heures jusqu'à la normale, les sensations désagréables dans les parties envahies par l'érysipèle de s'évanouir et l'état général de s'améliorer d'une manière remarquable, en un mot, le processus érysipélateux était complètement enrayé.

S'appuyant sur ce que l'ichthyol (en onguent) amena le plus

rapidement la guérison de l'érysipèle et que les malades, observés pendant un temps prolongé, n'ont pas eu de récidive, l'auteur se croit autorisé à considérer l'ichthyol comme un remède spécifique contre l'érysipèle. (*Vratch*, 1895, n° 25, p. 714).

Gynécologie et Obstétrique.

Valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique (Legry, *Pr. méd.*, *juillet 1895*). — M. T. Legry, s'appuyant sur ses études expérimentales relatives à la valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique, conclut que la solution antiseptique qui, après le sublimé, exerce l'action bactéricide la plus efficace est la solution iodée à 3 p. 1,000. Toutefois son action est très notablement inférieure à celle du sublimé puisqu'il lui faut cinq fois plus de temps pour produire les mêmes effets. Le sublimé reste donc, en dehors de certaines contre-indications fort limitées, l'antiseptique de choix à employer en obstétrique. Il en sera ainsi jusqu'au jour où l'on aura découvert un antiseptique qui, non toxique ou moins toxique que le sublimé, soit d'une efficacité aussi sûre et aussi rapide.

De l'influence de l'extirpation des ovaires sur l'échange des matières (*G. E. Curatalo* et *L. Tarulli*, communication préalable; *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 22, p. 451-454). — S'il est incontestable (ainsi que l'a montré tout récemment dans son travail Truzzi) que la castration exerce une influence éminemment favorable sur la marche de l'ostéomalacie, nous sommes encore tout à fait ignorants quant au mode d'action de l'extirpation des ovaires. Les hypothèses n'ont pas manqué, loin de là. Dès le commencement il faut rejeter l'opinion de Pétrone et d'autres médecins d'après laquelle ce n'est pas à la castration, mais bel et bien à la narcose chloroformique toute seule qui détruirait le ferment nitreux,

agent pathogène de cette affection, que nous sommes redevables des effets curatifs excellents obtenus dans le traitement de l'ostéomalacie : l'injustesse de cette supposition a été démontrée péremptoirement par Truzzi. Reste l'hypothèse de Fehling lui-même. Cet auteur, on le sait, affirme que, par la castration, nous enlevons le point de départ d'une irritation agissant sur les vasodilatateurs des os par l'hyperhémie passive, l'accumulation de l'acide carbonique et la résorption consécutive des sels calcaires des os. Certes, cette hypothèse est très séduisante. Mais elle n'est étayée sur aucune expérience qui en prouverait l'exactitude.

C'est pour élucider ce problème pathogénique que les auteurs ont entrepris des recherches expérimentales sur des chiennes. Après avoir établi, par un régime approprié longtemps continué, leur équilibre azotique, ils pratiquèrent chez deux la castration et étudièrent ensuite pendant des mois l'échange des matières des animaux opérés. Le résultat le plus éclatant de ces expériences, c'est la diminution presque de moitié (de $1^{gr},5$ à $0^{gr},79$ chez une chienne et de $1^{gr},70$ à $0^{gr},99$ chez l'autre) des phosphates (calculés en acide phosphorique) éliminés par l'urine. L'azote resta presque tel quel sans changement dans le taux de son élimination. En même temps, augmentation considérable de l'embonpoint de l'animal (de $10^{kgr},500$ qu'il était avant la castration le poids du corps de la deuxième chienne est monté à $14^{kgr},200$). L'opération de Porro pratiquée chez une troisième chienne en même temps que la castration, ne modifia en rien les résultats obtenus : aussi est-il assez improbable d'attribuer à l'utérus une influence quelconque sur l'élimination des phosphates. Cette expérience est en contradiction avec l'assertion de Truzzi et d'autres médecins, à savoir, que l'opération de Porro rend plus sûre la guérison des ostéomalaciques et prévient plus certainement les récidives.

Cette accumulation de graisse survenant si peu de temps déjà après la castration est-elle due à une consommation de

la graisse amoindrie, ce qui se manifesterait par la diminution de l'acide carbonique exhalé, ou à ce que les albuminoïdes se dédoublent en plus grande quantité en un produit azoté dont le terme final est l'urée et en un produit non azoté qui, sous forme de graisse se dépose dans l'organisme? Les auteurs ont essayé de résoudre cette question par l'expérimentation, mais les résultats obtenus sont encore insuffisants pour y répondre catégoriquement.

Quoi qu'il en soit, il reste encore un fait intéressant à noter dans le mémoire que nous analysons : après un laps de temps plus ou moins prolongé, l'organisme est pour ainsi dire saturé des phosphates y déposés, et le taux des phosphates dans l'urine commence à s'élever jusqu'à atteindre sa hauteur initiale. Remarquons encore que les animaux recevaient absolument la même alimentation avant et après la castration : la diminution initiale du taux de l'acide phosphorique éliminé par l'urine ne pouvait donc s'expliquer par l'introduction amoindrie des phosphates organiques avec les aliments, mais bel et bien par la destruction moindre des sels phosphatiques de l'organisme.

Tout ce qui précède amène les auteurs à formuler comme suit les conclusions auxquelles ils sont arrivés, quant au mode d'action de la castration dans l'ostéomalacie.

Les ovaires ont, eux aussi, comme toutes les autres glandes de l'organisme animal, une sécrétion interne, c'est-à-dire, ils charrient sans cesse dans le sang un produit de sécrétion dont la constitution chimique n'est pas encore connue, et qui active l'oxydation des substances organiques phosphorées au dépens desquelles sont formés les sels des os. Il s'ensuit donc que l'extirpation des ovaires a pour résultat une augmentation dans la quantité du phosphore organique réservé dans l'organisme, d'où accumulation d'une plus grande quantité de sels calcaires sous forme de phosphate de chaux et de magnésie et le rétablissement de la solidité normale des os.

Sans préjuger en rien cette question sur l'augmentation du

panicule adipeux chez les sujets castrés, question qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, exige encore des expériences sérieuses, n'est-il pas permis d'émettre la supposition que les ovaires agissent aussi d'une manière analogue sur l'oxydation des graisses ?

En tout cas, il faut absolument rejeter l'hypothèse de Fehling qui attribue la production de l'ostéomalacie à la suractivité fonctionnelle des ovaires : mais le fait reste incontestable que l'ablation des ovaires exerce un effet thérapeutique excellent sur cette affection. Les recherches exposées plus haut nous aident à comprendre cette action salutaire de la castration.

Pharmacologie.

Influence de l'alun, de l'hydroxyde d'aluminium et du phosphate d'aluminium sur la digestibilité du pain (Bigelow et Hamilton, *Hygieniche Rundschau,* 1895). — Le pain contenant de l'alun ou de l'hydroxyde d'aluminium, est d'une digestion moins complète que le pain pur. L'influence de l'hydroxyde d'aluminium est égale à celle d'une quantité équivalente d'alun. Toute autre est l'action du phosphate d'aluminium : les 10 à 12 0/0 d'albuminoïdes digérées en présence de l'alun ou de l'hydroxyde d'aluminium, semblaient devenues insolubles en présence d'une quantité équivalente de phosphate. (*Pharmaceutische Centralhalle,* 1895, n° 19, p. 276.)

Valérianate d'amyle contre la lithiase biliaire et néphrétique (Blanc, *Journal des Pharmacie für Elsass-Lotharingen,* 1895, p. 155). — Le valérianate d'amyle étant un dissolvant de la cholestérine, ce médicament est indiqué pour le traitement de l'obstruction du cholédoque par les calculs de cholestérine. En général, le valérianate d'amyle calme les douleurs, stimule l'action du foie et prévient les récidives. A-t-on affaire à des sujets avec estomac irritable, on commencera par administrer préalablement quelques gouttes d'éther sulfurique et l'on don-

nera ensuite deux à trois pilules gélatinées contenant chacune 0gr,15 de valérianate d'amyle : on répétera la dose toutes les demi-heures jusqu'à cessation de l'accès de coliques hépatiques. Les jours suivants le médicament sera pris à des intervalles plus espacés.

Dans la colique néphrétique le valérianate d'amyle agit seulement comme stimulant et soulage les douleurs spasmodiques sans influencer d'aucune façon la gravelle elle-même. On préparera des capsules contenant chacune III gouttes d'éther et III gouttes de valérianate d'amyle : on prescrira deux capsules semblables, à prendre toutes les demi-heures, à trois reprises, en tout six capsules par jour. (*Pharmaceutical Journal and Transactions*, 15 juin 1895, n° 1303, p. 1167.)

Nouvelle contribution à l'action hypnotique et sédative du trional (Spitzer, *Wiener klinische Wochenschrift*, 6 juin 1895). — L'auteur a essayé le trional chez 25 sujets. C'est non seulement un excellent hypnotique dans toutes les psychoses, mais aussi un bon narcotique dans toutes les affections cardiaques et pulmonaires. Le sommeil survenait ordinairement peu de temps après l'administration du médicament et, dans la majorité des cas, persistait pendant toute la nuit. Quelques malades étaient encore somnolents le lendemain.

L'action hypnotique et calmante du trional s'est surtout manifestée d'une manière éclatante en cas de névralgies intercostales, de rachialgie, de sciatique, contre les douleurs lancinantes du tabès, etc. De par son action le trional se rapproche beaucoup de la morphine et peut la remplacer avantageusement. Le trional sera administré dans de l'eau, du thé, du bouillon, etc., à la dose de 2 grammes.

On n'a pas observé de phénomènes secondaires fâcheux sur l'énergie cardiaque, ni sur la respiration. Pas de changement dans l'état du pouls. Un cas d'asystolie survenue vingt-quatre heures après l'administration du trional, peut à peine être attribuable à son influence. Les seuls effets secondaires dé-

sagréables, ce sont les envies de vomir et quelquefois les vomissements. Mais on sait que ces accidents sont très fréquents après l'administration de n'importe quel médicament. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 26, p. 568.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Pilocarpine dans les affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe (M. Girmounky, *Monatsschrift für Ohrheilkunde*, 2, 1895). — L'auteur a essayé dans un grand nombre de cas les injections sous-cutanées et intratubaires de pilocarpine recommandées par Politzer dans le traitement des affections récentes du labyrinthe et des processus sclérosants de l'oreille moyenne. Il résulte de ces recherches que, dans les affections non invétérées du labyrinthe qu'elle qu'en soit la cause (syphylis, traumatisme, affections secondaires), les injections de pilocarpine, sous-cutanées aussi bien qu'intratubaires, donnent d'excellents résultats; plus précoce a été l'institution du traitement, et plus sûrement peut-on s'attendre à un succès. Au contraire, dans les affections invétérées du labyrinthe et le catarrhe sec de l'oreille moyenne où existent déjà des altérations persistantes, on échouera presque à coup sûr avec la pilocarpine injectée sous la peau ou directement dans la cavité du tympan. (*Centralbatt für die gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 430.)

Bronchite muco-membraneuse chronique primitive. Son traitement par l'iodure de potassium. — *Société médicale des Hôpitaux, 26 juillet 1895.* — M. Huchard présente une observation intéressante :

1º Par sa longue durée, trente-huit ans, avec des accalmies plus ou moins grandes ;

2º Par sa constitution histo-chimique composée surtout de mucine ;

3° Par sa longue rémission;

4° En raison de la grande amélioration produite par l'emploi continu de l'iodure de potassium à la dose de trois grammes par jour.

L'examen bactériologique qui a démontré l'existence d'un staphylocoque blanc et d'un bacille particulier devra être poursuivi. M. Huchard rappelle que, dans sa thèse récente, M. Magnaux a publié une observation de laquelle il semble résulter que l'agent pathogène est le diplo-bacille de Friedlander.

Il n'y a rien là de bien caractéristique.

Maladies de la peau et syphilis.

Formaldéhyde dans l'uréthrite blennorrhagique. (Orloff, *Voïénno-méditsinsky Journal*, mai 1895.) — S'appuyant sur les observations de Blum, Berlioz, Trillat, Aronson et autres, d'après lesquelles les tissus de l'organisme animal sont aptes à absorber les vapeurs de formaldéhyde qui entravent, dans l'intimité des tissus, le développement des microorganismes et parfois l'empêchent complètement, l'auteur s'est décidé à traiter par le formaldéhyde 10 cas d'uréthrite blennorrhagique.

Grâce aux injections intra-uréthrales de formaldéhyde, les sécrétions, de purulentes qu'elles étaient, sont bientôt devenues séreuses, et les gonocoques ne tardèrent pas à disparaître des sécrétions. De plus, les injections faites dans la période aiguë de l'affection, quand les phénomènes inflammatoires étaient très accusés, n'ont jamais été suivies d'inflammation des annexes de l'appareil génital, accident si fréquent quand on se sert pour injections d'autres substances proposées pour le traitement de la blennorrhagie. Aussi, prenant en considération, d'une part, la non-participation des annexes et, d'autre part, la disparition rapide des gonocoques des sécrétions, l'auteur est tout disposé à admettre que le formaldéhyde désinfecte l'uréthre d'une manière si complète que les gono-

coques ne sont plus à même d'atteindre les annexes, malgré la force mécanique de propulsion exercée sur eux par les injections intra-uréthrales.

On ne se servira jamais d'une solution de formaldéhyde (formaline) supérieure à 5 0/0. Le formaldéhyde étant très volatil, il est préférable de préparer chaque fois, immédiatement avant chaque injection, une solution de formaldéhyde en quantité nécessaire pour l'injection en question.

L'auteur espère que, grâce au formaldéhyde, on arrivera à guérir en peu de temps l'uréthrite blennorrhagique. Le formaldéhyde étant bon marché et ne tachant pas le linge, on voit aisément que, en cas où ces espérances viendraient à s'accomplir, le formaldéhyde sera à préférer à tous les autres antiblennorrhagiques proposés jusqu'à ces derniers temps. (*Vratch*, 1895, nº 25, p. 714.)

Maladies du tube digestif.

Interventions chirurgicales dans les affections iléocæcales (Hochenegg, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, nº 16 à 18 et 20). — La guérison rapide des diverses affections iléocæcales chroniques peut s'obtenir si l'on réussit à faire passer les masses fécales loin des parties lésées. Les opérations entreprises dans ce but peuvent être réunies sous la dénomination d'élimination intestinale. Celle-ci peut être totale ou partielle (entéroanastomose). Non seulement l'élimination intestinale est capable de produire un effet palliatif, mais elle est encore à même de prévenir les récidives si fréquentes dans les affections iléocæcales.

L'auteur a opéré en tout 6 cas, dont un, avec inflammation catarrhale, par l'élimination totale de l'intestin, et les 5 autres (tuberculose, sténose chronique, invagination, 2 cancers inopérables du cécum) par l'élimination partielle.

On peut distinguer 4 procédés opératoires dans l'élimination intestinale totale :

1º Élimination totale de l'intestin avec ouverture persis-

tante à la surface cutanée dans laquelle est suturé le côlon ou le cœcum, tandis que l'autre portion de l'intestin avec sa lumière oblitérée par suture, est reposée dans l'abdomen;

2° Élimination intestinale totale avec deux ouvertures persistantes à la surface de la peau dans lesquelles sont fixés par sutures le côlon et le cœcum;

3° Élimination totale de l'intestin avec communication fistuleuse de la portion de l'intestin éliminée, tandis que les deux lumières sont oblitérées par sutures et reposées dans l'abdomen; et enfin

4° Élimination intestinale totale avec oblitération complète de la portion de l'intestin éliminée et sa reposition dans l'abdomen.

Ce dernier procédé opératoire proposé et pratiqué par Obalinski et Baracz est à déconseiller comme dangereux, quelle que soit la portion de l'intestin sur laquelle on opère; de plus, il présente l'inconvénient, que l'intestin affecté devient tout à fait inaccessible à toute intervention thérapeutique. Le danger est surtout grand, quand c'est une portion intestinale atteinte de cancer, de tuberculose ou d'un processus purulent qui est privé de la sorte de toute communication avec l'extérieur : il est à craindre que les produits pathologiques ne s'accumulent dans la portion intestinale éliminée, en quantité telle que les jours des malades en seront menacés.

Quant aux 3 premiers procédés opératoires, ils sont équivalents de par leurs avantages.

Dans beaucoup de cas, l'élimination intestinale totale ne constitue que le premier temps de l'opération, et elle sera suivie de l'extirpation consécutive de la portion malade de l'intestin.

L'effet favorable de l'élimination intestinale totale s'explique par ce qu'elle éloigne les masses fécales de la partie lésée de l'intestin, et ensuite parce qu'elle rend plus facile l'écoulement des sécrétions pathologiques. L'état général des malades s'améliore aussi grâce à ces facteurs.

L'élimination intestinale partielle consiste en ce que l'anse

intestinale située au-dessus du foyer morbide, est amenée vers l'anse intestinale située au-dessous de ce foyer, et que l'on pratique l'anastomose de ces deux anses. La suture intestinale simple suffit amplement pour cette anastomose.

Excepté les cas de processus de nature maligne, l'élimination intestinale partielle peut être considérée comme une opération radicale : en effet, grâce à elle, l'affection cœcale, ou guérit spontanément ou devient sans danger aucun pour le malade. Ce qui rend surtout avantageuse cette opération, c'est qu'elle permet de se passer de l'anus contre nature avec ses effets consécutifs insupportables et qu'elle laisse intacte la résorption rectale. En outre, cette intervention chirurgicale produit un effet psychique excellent.

S'agit-il de sténose par cancer, on fera bien de pratiquer une anastomose aussitôt que possible et aussi éloignée que l'on peut du foyer morbide. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 21, p. 431).

REVUE DES LIVRES

Bactériologie.

A la librairie Maloine :

Atlas microphotographique des bactéries, par Itzeroth et Niemann, traduit de l'allemand par S. Bernheim. Un volume cartonné grand in-8° de 150 pages de texte et 126 illustrations microphotographiques.

Cet ouvrage, fort connu en Allemagne, est certainement un de ceux qu'il était utile de traduire en français où l'on ne possédait encore aucun ouvrage similaire aussi élémentaire. Les planches sont claires, très précises et donnent une grande impression de la réalité, autant du moins que peut le faire une reproduction en noir.

Les planches sont précédées d'un texte de rédaction rapide et concise, mais très claire. Un premier chapitre est consacré à la description du matériel et des procédés de la technique microphotographique. Les auteurs ont ensuite donné une monographie très

complète de chacune des bactéries pathogènes dont la reproduction est faite dans les belles planches qui accompagnent l'ouvrage.

Cet atlas donne donc exactement tout ce qui peut être nécessaire à un étudiant et à un praticien pour se mettre au courant des connaissances bactériologiques usuelles et même pour être capable de reproduire les principales manipulations de la technique de recherche. Il est naturellement désigné pour servir de guide aux savants qui voudraient se livrer à la reproduction des bactéries par la photographie.

Pathologie externe.

A LA LIBRAIRIE BATTAILLE ET Cie :

Œuvres complètes de Reliquet.

Nous avons déjà annoncé l'apparition des œuvres du regretté Reliquet, publiées par le Dr Guépin, de Nantes. Le quatrième et le cinquième volumes, consacrés surtout à l'*Urétrotomie interne* et à la *lithotritie* viennent de paraître. Ils seront suivis rapidement du dernier volume, destiné à paraître avant la fin de l'année courante.

A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE :

Traité de chirurgie clinique et opératoire, publié sous la direction de MM. A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P. DELBET, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Ce nouvel ouvrage, qui sera complet en 10 volumes in-8°, appartient au même type que les ouvrages similaires à la mode aujourd'hui. Chaque article est rédigé par un spécialiste compétent qui traite ainsi seulement la question qu'il connaît bien.

Le premier volume du *Traité de chirurgie* de la librairie Baillière vient de paraître, il contient la pathologie générale chirurgicale et les maladies de l'appareil tégumentaire. Les articles sont signés de MM. Nimier, A. Ricard, J.-L. Faure, A. Le Dentu, C. Lyot, H. Brodier et P. Delbet.

Pharmacologie.

A LA LIBRAIRIE MASSON :

Mémento formulaire des médicaments nouveaux, par le professeur SOULIER de Lyon. Une plaquette cartonnée de 25 pages.

Ce petit travail est destiné à compléter le traité de thérapeutique du même auteur. Le professeur Soulier a rassemblé en quelques

pages les médicaments parus depuis l'apparition de son livre et leur a consacré un résumé de quelques lignes, donnant les principaux renseignements relatifs à la composition, l'action et le dosage. Une table des indications termine l'opuscule.

A LA LIBRAIRIE MALOINE :

Précis de posologie infantile, par le Dr R. NOGUÉ. Un volume cartonné in-16 de 350 pages.

L'auteur fait précéder le formulaire proprement dit d'une introduction sur la thérapeutique et la posologie infantile et d'un petit chapitre relatif à l'art de formuler. Il étudie ensuite successivement et par ordre alphabétique tous les médicaments, toujours au point de vue spécial de la thérapeutique des enfants.

Les articles consacrés aux préparations opiacées, au calomel, au chloral et aux divers vomitifs sont particulièrement intéressants, car on y trouve bien décrites une quantité d'observations très pratiques qu'il est difficile de trouver ailleurs. Ce petit livre peut donc rendre de réels services aux praticiens.

A LA LIBRAIRIE RUEFF ET Cie :

Revue des médicaments nouveaux, par C. CRINON. 4e édition, un volume cartonné in-16 de 400 pages.

Nous rappelons l'attention sur la nouvelle édition du formulaire de M. Crinon, ouvrage très au courant et très consciencieusement fait. Tous les médicaments nouvellement entrés dans la thérapeutique y sont rapidement décrits dans des articles courts et précis.

A LA LIBRAIRIE JOUVE :

De l'action du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies, par le Dr A. HUOT.

Histoire naturelle.

A LA LIBRAIRIE ASSELIN ET HOUZEAU :

Traité de zoologie médicale et agricole, par A. RAILLIET, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort. Un volume in-8e cartonné, de 1,300 pages avec 900 figures dans le texte, 2e édition.

M. Raillet présente au public la deuxième édition de son traité de

zoologie. Comme l'indique le titre, l'ouvrage est à la fois médical et agricole, c'est-à-dire qu'il traite d'une façon très détaillée les espèces qui intéressent le plus particulièrement l'homme.

L'ouvrage de M. Railliet est considérable, il est illustré d'un grand nombre de dessins qui éclaircissent le texte et il est complètement mis au courant de la science moderne. Ce livre ne convient pas seulement aux vétérinaires, il peut rendre les plus grands services au médecin et au pharmacien en raison même de l'importance donnée à la description des espèces, à leurs caractères et au rôle qu'elles jouent vis-à-vis de l'homme, comme auxiliaires ou comme ennemis.

Pathologie interne.

A LA LIBRAIRIE ALCAN :

Le phtisique et son traitement hygiénique (Sanatoria — hôpitaux spéciaux — cure d'air), par le Dr E.-P.-Léon Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson, secrétaire général de l'Œuvre des Enfants tuberculeux; préface de M. le Dr Hérard, membre de l'Académie de Médecine. 1 vol. in-12 avec 20 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 4 francs.

La tuberculose est plus qu'une maladie, elle est une grave question sociale qui, à l'heure présente, se pose dans toutes les sociétés civilisées dont elle affaiblit la vitalité et compromet l'avenir. Il n'était pas sans intérêt de fixer, par des chiffres, l'importance des multiples dangers de la tuberculose humaine. Il était plus utile encore d'indiquer les moyens puissants dont dispose la science moderne de l'hygiène pour lutter contre ce mal, à la fois dans l'individu et dans la société.

Chargé d'une mission médicale par le ministre de l'intérieur, le Dr Léon Petit a pu examiner sur place les sanatoria et les hôptaux consacrés spécialement au traitement hygiénique du phtisique dans les principaux pays d'Europe. Il a fait une étude comparée des traitements destinés à combattre les ravages de la tuberculose, lesquels sont basés sur des mesures, les unes prophylactiques, les autres curatives, et son livre contient le résumé de ses observations. L'Allemagne et la Suisse principalement offrent des exemples d'organisation de sanatoria pour les phtisiques payants et d'établissements pour les tuberculeux indigents, que la France et les autres pays auraient tout intérêt à imiter. Déjà, pour la tuberculose infantile, l'initiative privée a su donner en France l'exemple : les hôpitaux marins et l'Œuvre des Enfants tuberculeux ont indiqué la marche à suivre. Reste à compléter l'œuvre de défense contre ce fléau, et le Dr Léon

Petit, qui a, dès la première heure, pris une part active à la lutte sociale contre la phtisie, présente, avec l'autorité que lui donnent ses travaux antérieurs, un programme qui ne peut être que recommandé à l'attention des médecins et des hygiénistes, des pouvoirs publics et des malades eux-mêmes.

A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE :

Les toxines microbiennes, contribution à l'étude de leur action physiologique, par le Dr Jean Artaud, 1895, 1 vol. grand in-8° de 142 pages, 3 fr. 50.

La sérothérapie. Mode d'emploi, résultats cliniques, par le Dr P. PATET, 1895, 1 brochure grand in-8° de 104 pages, 2 fr. 50.

L'intubation laryngée dans le croup, par le Dr Alexandre HUGUES, 1895, 1 vol. grand in-8° de 150 pages, 3 fr. 50.

De la cure radicale des hernies inguinales par les méthodes opératoires sanglantes, par le Dr Gustave AGIER. 1 brochure grand in-8° de 204 pages avec figures, 4 francs.

A LA LIBRAIRIE STEINHEIL :

Le courant continu en gynécologie, par le Dr Albert WEIL. 1 brochure in-8° de 150 pages.

Essai théorique et clinique des fibromyomes de l'utérus, par le Dr J. LÉVY. 1 brochure in-8° de 176 pages.

Hygiène.

A LA LIBRAIRIE CARRÉ :

Climat marin et tuberculose pulmonaire, par le Dr LALESQUE. 1 brochure in-8° de 70 pages.

Les misères de l'enfance, 1 brochure in-16 de 100 pages, par le Dr John LEMOINE, avec préface du Dr DESCROIZILLES.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 171.10.95.



REVUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires.

Par le Dr A. BOLOGNESI

Ancien interne des hôpitaux,
Lauréat de la Faculté de médecine.

(PREMIER ARTICLE)

Depuis quelques années, la chirurgie hépatique est à l'ordre du jour et les travaux sur ce sujet se multiplient d'une façon vraiment extraordinaire, apportant les uns un perfectionnement dans un procédé déjà connu et employé, les autres une méthode, voire même une opération nouvelle : aussi, tous les auteurs classiques s'entendent pour dire que le traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires constitue une des plus belles et des plus importantes conquêtes de l'École chirurgicale moderne.

D'abord limitée à des ponctions, des incisions d'abcès, des ouvertures de la vésicule biliaire ou de kystes hydatiques, la chirurgie du foie et des voies biliaires ne cesse de s'étendre et les succès se multiplient, grâce à l'antisepsie, qui joua ici son rôle comme dans les autres branches de la chirurgie en ajoutant à l'audace de l'intervention la sécurité dans le résultat. Cette chirurgie porte sur le foie et les voies biliaires, d'où une première division en deux grands groupes : traitement chirurgical des affections du foie et traitement chirurgical des affections des voies biliaires. Le traitement chirurgical des affections du foie comprend lui-même le traitement des contusions et déchirures du foie, des plaies du foie et des voies biliaires ; puis viennent ensuite le traitement des abcès du foie, celui des kystes

hydatiques de cet organe, de l'hepatoptose et enfin des tumeurs du foie.

Nous commencerons par l'étude des différents moyens chirurgicaux employés dans les affections qui font partie de ce premier groupe.

I. Traitement des contusions et déchirures du foie.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, en présence d'un blessé chez lequel on soupçonnera une contusion du foie ayant amené une déchirure hépatique avec symptômes d'hémorrhagie abondante ou de péritonite grave, il faudra intervenir le plus vite possible par la laparotomie exploratrice, laquelle, bien conduite, est inoffensive par elle-même et peut permettre de sauver nombre de blessés que l'expectation aurait tués.

Dans un excellent article sur le foie, du *Nouveau Traité de Chirurgie*, Segond dit que l'apparition brusque des symptômes d'une hémorrhagie interne grave, l'éclosion soudaine des signes généraux et locaux de la péritonite, la formation rapide d'une collection liquide en un point de la cavité abdominale, constituent trois conditions dans lesquelles on doit discuter très sérieusement les indications de la laparotomie exploratrice, laquelle pourra conduire, suivant les cas, à trois variétés d'interventions : la suture à points perdus des déchirures hépatiques, la cholécystorrhaphie et la cholécystectomie suivant la largeur plus ou moins grande de la plaie de la vésicule biliaire.

Plaies du foie et des voies biliaires. — L'intervention chirurgicale dans les plaies du foie et des voies biliaires s'impose presque toujours, bien plus encore que dans les contusions et les déchirures.

Une plaie quelconque du foie, dit Segond, lorsqu'elle n'est pas compliquée de la présence d'un corps étranger, d'une hernie, d'une hémorrhagie ou d'une plaie des voies biliaires, sera tout d'abord soumise au traitement classique des plaies abdominales (pansement antiseptique, drainage assuré, repos absolu, préparations opiacées, diète, etc.). On n'oubliera pas que les complications tardives sont possibles et la surveillance du blessé sera dirigée en conséquence. S'il y a des corps étrangers, on mettra tout en œuvre pour les extraire, et on n'hésitera pas à débrider largement la plaie pour se faire du jour.

Toutefois, s'il s'agit d'une balle, la meilleure conduite à suivre peut être difficile à déterminer. Sans doute, leur abandon systématique est un précepte que nous ne pouvons plus accepter; mais, par contre, il est certain que l'extraction d'un projectile ne doit être faite que lorsqu'on est sûr de son siège et que les manœuvres nécessitées pour l'atteindre ne sont pas trop laborieuses. En procédant autrement, on s'exposerait à faire sans aucun bénéfice de véritables dégâts. On se souviendra qu'en certains cas (doutes sur le siège du projectile, impossibilité de l'atteindre sans inciser une portion trop considérable de la glande), le plus sage est de confier à la suppuration le soin d'éliminer le projectile, à moins qu'il ne s'enkyste, ce qui est rare mais possible.

Lorsqu'une portion de l'organe fait hernie à travers la plaie, on pourra la réduire si elle n'est pas trop altérée. Dans le cas inverse, on la réséquera toujours en prenant le soin (jusqu'à ce que la supériorité de la méthode inverse soit démontrée) de fixer le pédicule dans la plaie.

En présence d'une collection péritonéale enkystée ou d'un abcès du foie, on procédera sans retard à l'évacuation du pus.

Gross, Rohmer, Vautrin, Segond et nombre de chirur-

giens disent que la *péritonite* exige la laparotomie, dès qu'elle est déclarée, pour permettre la toilette minutieuse du péritoine.

On pourra ainsi arrêter, dans certains cas, le processus péritonitique en évacuant les liquides septiques générateurs de la complication (bile, pus ou même matières fécales en cas de blessure simultanée du tube digestif).

L'Hémorrhagie est une indication formelle de la laparotomie qui seule permettra d'arrêter l'écoulement par le tamponnement ou par la suture des bords de la déchirure hépatique.

Les plaies des voies biliaires sont une indication non moins formelle de la laparotomie qui sera complétée par une intervention variable suivant les cas : cholécystorrhaphie ou cholécystectomie pour les plaies de la vésicule biliaire, suivant qu'elles seront petites ou grandes ; cholécystectomie pour les blessures du canal cystique ; cholécystentérostomie pour les blessures du canal cholédoque.

Nous retrouverons ces opérations avec leur histoire dans la seconde partie de ce travail.

II. Traitement chirurgical des abcès du foie.

Nous avons affaire ici aux grands abcès du foie, hépatite suppurée des pays chauds, laissant de côté les abcès miliaires qui appartiennent au domaine médical.

Le traitement vraiment chirurgical des abcès du foie est celui de toutes les collections purulentes, c'est-à-dire l'*incision large et précoce*. Mais, avant d'arriver à cette intervention franche et rapide, la seule rationnelle, de nombreux procédés avaient été employés.

On peut diviser les procédés employés en deux groupes. Le premier groupe comprend :

Les méthodes de lenteur dans lesquelles on cherche à établir des adhérences entre l'abcès et les parois abdominales.

1° L'incision simple de la paroi abdominale avec ou sans pansement a plat consécutif.

C'est le procédé imaginé par Récamier et connu sous le nom de procédé de l'incision en deux temps de Graves et de Bégin.

Procédé de Graves. — Incision des téguments jusqu'au feuillet pariétal du péritoine et attente de la formation des adhérences.

Procédé de Bégin. — Incision des téguments comprenant en plus le feuillet pariétal du péritoine, puis pansement occlusif enlevé quelques jours après, lorsque les adhérences étaient supposées suffisantes.

2° La destruction de la paroi avec les caustiques, potasse ou caustique de Vienne, procédé fondamental de Récamier, plus ou moins modifié par Behier et Hardy, Chassaignac, Vidal de Cassis.

Les adhérences une fois produites, la collection est directement ouverte, soit par la production d'une nouvelle eschare, c'est le procédé de Récamier; soit par l'ouverture par incision directe de l'eschare, c'est le procédé de Vidal de Cassis.

Procédé de Chassaignac. — Plus hardi, Chassaignac employait aussi les caustiques, mais à travers l'eschare il faisait bientôt pénétrer son trocart courbe dans la poche et le ramenait de dedans en dehors pour introduire sur ce conducteur une anse élastique fenêtrée.

Le deuxième groupe comprend des procédés plus rapides, pour lesquels les opérateurs usaient d'un dispositif spécial pour assurer la protection mécanique du péritoine contre l'effraction du pus et lui fournir une issue rapide. Tous ces procédés dérivent du procédé de Cambay.

Procédé de Cambay. — Connu sous le nom de procédé fondamental du trocart à demeure, ce moyen, préconisé par Cambay, Sachs du Caire, défendu par Rendu, peut permettre, par la large ouverture de la canule, l'évacuation du pus et des détritus hépatiques et les lavages répétés de la poche.

Procédé de Verneuil. — Le procédé du trocart unique même volumineux pouvant être insuffisant, Verneuil imagina le procédé de la double ponction.

On a aussi imaginé d'enfoncer deux trocarts côte à côte à 3 centimètres l'un de l'autre, pour diviser les parties molles qui les séparent, dès que les adhérences ont pu se former (Défontaine).

Procédé de Mac Leod. — En 1891, Mac Leod a préconisé un procédé particulier ; il se sert d'un trocart et d'une canule, d'une sonde cannelée sur la moitié de sa longueur et s'adaptant à la canule, de tubes à drainages plus ou moins longs, nickelés et ovales (plus utiles que les tubes ronds pour introduire entre les côtes), dont chacun a deux ouvertures latérales à son extrémité inférieure et deux autres à l'extérieur pour y fixer l'épingle de sûreté ; enfin d'un autre tube dit tube-guide, plus long que le plus long des drains et finissant en cône à son extrémité profonde, où existe une ouverture suffisante pour laisser passer la sonde cannelée. L'auteur enfonce d'abord trocart et canule, remplace le premier par une sonde cannelée et retire sa canule. Puis, sur la sonde, il coupe tous les tissus, verticalement par une incision longue d'un pouce qu'il agrandit avec une pince de Lister passée sur la rainure de la sonde. Par cette ponction, il glisse sur la sonde cannelée un tube à drainage avec son tube-guide qui est ensuite retiré avec la sonde, et le drain demeure en place fixé par une épingle de sûreté (Leblond).

Les procédés de lenteur, il n'est pas besoin de le dire,

sont abandonnés et ils ne sont plus de mise aujourd'hui.

Le procédé du trocart à demeure, ses dérivés et surtout le procédé de la double ponction de Verneuil présentent des avantages réels et peuvent au besoin rendre des services. Mais si cette méthode permet l'évacuation précoce et rapide du pus et évite assez bien le passage du pus dans la séreuse, elle a l'inconvénient de ne pas fournir au pus une assez large issue et d'exposer, en dépit des irrigations les mieux faites, aux dangers d'une évacuation imparfaite. (Segond).

On peut encore signaler une troisième méthode, le procédé de la ponction aspiratrice aidé de lavages antiseptiques lequel a donné quelques succès ; mais ce procédé présente aussi de sérieuses difficultés, car le contenu des abcès du foie est en général constitué par du pus mélangé de grumeaux, de débris de parenchyme hépatique, collection qui ne peut être évacuée par aspiration.

Méthode de Stromeyer-Little. — Il fallait donc trouver une méthode rapide et sûre d'évacuation par une incision complète immédiate, car, comme le dit avec juste raison Rendu, il faut presque toujours ouvrir franchement la collection purulente. Déjà, l'incision rapide et complète dans le cas d'abcès à fleur de peau venant s'offrir à la lame du bistouri, avait donné d'excellents résultats.

C'est d'ailleurs, comme le fait remarquer Mabboux, ce que font les nègres du Soudan qui s'ouvrent eux-mêmes les abcès proéminents de l'hypochondre avec un instrument spécial à double tranchant.

Dutrouleau pratiquait ainsi l'ouverture de ces abcès : Après une ponction exploratice, on fait une incision verticale, longue de 4 à 5 centimètres, et intéressant la peau et le tissu cellulaire. On coupe les tissus couche par couche en diminuant peu à peu l'étendue de l'incision à mesure qu'on enfonce le bistouri. Parvenu sur l'abcès, il faut s'as-

surer de l'immobilité de la tumeur qui indique la formation d'adhérences et dans ce cas plonger perpendiculairement le bistouri et agrandir un peu l'ouverture en le retirant. Mais si l'on a des doutes sur les adhérences, l'auteur veut qu'on s'en tienne là et qu'on attende ; le pus, dit-il, se fera jour sans tarder. Mais comme le dit Leblond, c'est précisément alors revenir à la méthode lente à deux temps, méthode inspirée par la crainte du manque d'adhérence. Il faut arriver jusqu'en 1880 pour voir apparaître une nouvelle méthode d'ouverture franche et rapide, avec mépris des adhérences, facilement réalisable aujourd'hui et qui, comme le dit Segond, est ou sera demain le procédé de choix de tous les chirurgiens: c'est la méthode de Stromeyer-Little plus ou moins modifiée.

Avant le médecin de Shangaï, déjà Ralfe (1874) et Dickson Hunter (1876), avaient opéré de cette façon mais sans insister sur les avantages de leur procédé. Little le premier entrevit nettement les résultats possibles. Voici la description de cette méthode, faite par le premier opéré de Little, le Dr Ayme: l'opération doit être faite de bonne heure, aussi dès qu'on peut présumer l'existence d'un abcès il le faut chercher avec une aiguille exploratrice de fort calibre (3 millimètres de diamètre).

Ces ponctions sont absolument inoffensives.

Lorsque la présence du pus s'est révélée, il faut, sans essayer de vider le foyer avec l'aspirateur, l'ouvrir largement à l'aide d'un long bistouri, conduit sur un des côtés de l'aiguille. L'incision doit comprendre du même coup toute l'épaisseur des parois. Le pus jaillit alors et pour faciliter son évacuation complète, on introduit dans la plaie une forte pince dont on écarte les mors. On exerce en même temps des pressions sur la face inférieure du foie à travers les parois abdominales. On lave la cavité de l'abcès avec une solution phéniquée à 1/100 et on continue le lavage

jusqu'à ce que le liquide sorte limpide, sans renfermer ni pus, ni grumeaux, ni lambeaux sphacélés.

On introduit alors jusqu'au fond de la cavité un tube à drainage du plus fort calibre, qu'on fixe et qu'on coupe au ras de la plaie. Le pansement de Lister est alors appliqué dans toute sa rigueur et renouvelé chaque jour, deux fois si c'est nécessaire. La méthode de Stromeyer-Little est donc essentiellement caractérisée par les trois points suivants :

α. Recherche hâtive du pus avec le trocart ;

β. Incision en un seul temps de toutes les parties molles situées entre le pus et l'extérieur ;

γ. Lavage puis drainage de l'abcès dans les conditions de l'antisepsie la plus rigoureuse.

La méthode de Stromeyer-Little acceptée dans ses traits les plus essentiels mérite cependant quelques modifications au point de vue du manuel opératoire, car elle n'est pas exempte d'inconvénients.

Tout d'abord, l'incision à main levée, sans aucun souci de ce que deviendront les lèvres de l'incision hépatique, malgré l'opinion de Mabboux (qui prétend qu'une large ouverture donne au pus un écoulement si facile que toute pénétration dans le péritoine est évitée), malgré la fréquente stérilité microbienne des abcès hépatiques qui expliquerait d'après Peyrot, l'innocuité de la méthode de Little, cette incision à main levée peut permettre, comme il en existe des exemples, l'irruption du pus dans le péritoine avec péritonite consécutive, le pus ayant évidemment joué dans ces cas un rôle pathogénique important.

De plus, le chirurgien agissant en aveugle ne tient aucun compte des cas exceptionnels il est vrai, mais non douteux, dans lesquels le bistouri peut intéresser un organe important tel que la vésicule biliaire, l'épiploon, l'intestin, l'estomac.

Ces inconvénients ont fait modifier la méthode de Little, En incisant couche par couche, on ouvre largement le feuillet pariétal avant de fendre l'abcès. (Kirmisson-Ramonet.) on fait une laparotomie méthodique, les muscles se rétractent et laissent à nu une zone de péritoine pariétal, qui une fois incisée, tombera flottante et naturellement accolée au péritoine viscéral. Malgré les mouvements respiratoires, la cavité purulente est ainsi protégée. (Defontaine).

Ramonet propose d'abord une ponction évacuatrice permettant de vider le plus possible la collection afin de diminuer les chances d'infection, puis l'incision couche par couche, l'abstention absolue de manœuvres brutales, de pression abdominale, ainsi que le veut Mabboux. Ramonet repousse le chloroforme qui peut faire tousser ou vomir le malade et produire ainsi des troubles fâcheux dans les rapports des viscères abdominaux.

Leblond propose de faire une anesthésie locale avec une injection de cocaïne.

Quoiqu'il en soit, on devra donc remplacer l'incision à main levée de Stromeyer-Little par l'incision couche par couche, c'est-à-dire par l'incision classique de toutes les laparotomies. C'est la seule manière de voir ce qu'on fait, d'éviter la lésion imprévue de la vésicule biliaire, de l'intestin ou de l'épiploon, d'assurer l'hémostase, de protéger la cavité abdominale contre une invasion purulente, et d'éviter enfin la sortie brusque de l'intestin ou de l'épiploon sous les efforts de toux et de vomissements.

Nous commencerons donc par le traitement manuel opératoire des abcès du foie dits abdominaux, accessibles par l'abdomen, puis nous examinerons les abcès du foie dits thoraciques.

Abcès du foie abdominaux. — *Incision méthodique couche par couche et ouverture de l'abcès après suture du*

foie à la paroi abdominale. — Toutes précautions soigneusement prises comme dans une laparotomie, l'incision des téguments sera faite couche par couche selon les règles jusqu'au péritoine.

Le plus souvent, avant de pénétrer au delà de la paroi abdominale et de fendre le péritoine, il sera bon d'évacuer le pus de l'abcès. Ainsi son contenu ne jaillira pas sous le bistouri pour souiller la plaie ; les manœuvres de pression toujours dangereuses seront évitées et la paroi de l'abcès affaissée par ce vidage du liquide sera plus mobile et facile à suturer aux lèvres de l'incision abdominale. Il faut, en effet, pratiquer toutes les fois qu'elle est possible la suture des lèvres de la boutonnière hépatique aux bords dé l'incision faite aux parties molles.

Horner fit le premier cette suture du foie à la paroi ; puis Mac-Lane Tiffany eut l'idée de détacher les bords du péritoine pariétal pour les suturer au foie et mettre ainsi la partie incisée de la glande en dehors de la cavité péritonéale.

Traitée par Behier et Hardy d'inqualifiable procédé, par Mabboux de précaution illusoire, par Chauvel de manœuvre dangereuse déchirant le foie et gênant la rétraction de l'organe, cette manœuvre qui est devenue la pratique ordinaire des chirurgiens dans le traitement des kystes hydatiques du foie, a été au contraire recommandée par Trélat, Périer, Bouilly, Peyrot, Segond, Tillaux, Defontaine, Leblond, pour maintenir un exact parallélisme entre la plaie hépatique et la plaie abdominale.

De plus, Mac Leod fait remarquer que ce mode opératoire permet de découvrir quelquefois plusieurs abcès à la surface du foie. Cette suture du foie, à la paroi, cette hépatopexie est nécessaire et on pourra la pratiquer ainsi : on évacuera d'abord une partie du pus, surtout si l'abcès est superficiel et recouvert d'une mince couche de foie sain,

pour éviter l'infection des fils de suture, à leur passage dans la paroi de la poche.

La canule sera laissée à demeure jusqu'à évacuation presque totale du contenu et même jusqu'au placement complet des points de suture.

Defontaine recommande de retirer d'abord le trocart avant le passage des fils et de saisir doucement l'orifice de ponction avec une pince à kyste, pour l'attirer un peu au dehors si possible et faciliter les manœuvres ultérieures ; il faut prendre bien garde, en ce cas, de déchirer le tissu hépatique.

On peut encore inciser préalablement l'abcès avant de placer les sutures et l'index gauche doit pénétrer dans la cavité pour guider l'aiguille.

On se servira d'une aiguille de Reverdin très courbe et très fine ou mieux de petites aiguilles toutes montées.

On emploiera de préférence au catgut qui peut se résorber trop vite, la soie bouillie dans le sublimé, de moyenne grosseur (n°s 2 ou 3) et surtout la soie plate afin de réduire au minimum les chances de déchirure (Segond).

On passera les fils en comprenant le plus de tissu possible en surface et le moins en profondeur. L'idéal serait de ne saisir que la capsule de Glisson et le feuillet viscéral qui lui adhère pour l'accoler et le suturer au feuillet pariétal du péritoine. Dans ce but, il convient de ne faire pénétrer les aiguilles qu'à un ou deux millimètres dans le foie et très obliquement pour ressortir à quatre millimètres environ de l'orifice d'entrée. La collerette flottante que la paroi abdominale, incisée et légèrement retractée après l'incision, laisse voir au fond de la plaie, retombe librement sur le foie auquel elle s'accole naturellement ; il suffit de pincer légèrement la capsule de Glisson et son feuillet péritonéal de revêtement pour y suturer minutieusement cette collerette. Defontaine fait dans ce but deux rangs de sutures :

Le premier fixe au foie la base de la collerette du péritoine pariétal, par des fils passés de centimètre en centimètre et parallèlement aux lèvres de la plaie ; pour cela, l'aiguille pique de dehors en dedans le feuillet pariétal de la séreuse, le traverse et pénètre dans le foie, le moins possible, à un ou deux millimètres de profondeur, puis ressort à quatre millimètres plus loin pour retraverser de dedans en dehors le péritoine pariétal. Chaque fil est noué aussitôt que passé.

On fait ainsi le tour de la plaie, puis un second rang de sutures dirigées cette fois vers le centre de la plaie, suivant des lignes radiées, est appliqué dans les intervalles des points de la rangée précédente ; l'aiguille ne traverse qu'une fois le péritoine pariétal près de son incision, c'est-à-dire près du bord libre de la collerette, pique encore légèrement le tissu du foie et en ressort à trois ou quatre millimètres de son point d'entrée. Tous ces fils placés et noués, on voit que ceux d'une rangée correspondent à l'intervalle des points de l'autre. Ainsi le foie est parfaitement fixé, et cette immobilisation préalable est d'autant plus utile qu'après l'incision et le vidage de l'abcès on est exposé à voir les lèvres de la section hépatique remonter et s'éloigner de la plaie extérieure. De plus, les surfaces séreuses étant ainsi accolées, la cavité péritonéale est exactement fermée et toute issue de pus dans le ventre impossible.

Leblond propose de modifier ce manuel opératoire en le simplifiant : Faire d'abord la rangée de sutures que Defontaine applique la seconde ; puis, entre ces premiers points de suture superficiels, en appliquer d'autres plus profonds, non pas parce qu'ils prendraient plus de tissu hépatique, mais parce qu'ils comprendraient toute la paroi abdominale et embrasseraient une masse plus considérable de ligaments. Ce serait l'analogue des deux plans de sutures

(superficiel et profond) usités souvent en laparotomie. Le foie ainsi fixé et la cavité péritonéale fermée, on dispose autour du point à inciser une zone protectrice de compresses de tarlatane bouillies dans le sublimé, et le trocart encore en place, ou une sonde cannelée placée dans l'orifice de ponction servent de guide pour inciser franchement et largement tout le tissu hépatique jusqu'à l'abcès.

L'ouverture sera faite au thermocautère, aux ciseaux ou au bistouri.

On lavera ensuite largement, mais doucement, la cavité avec un liquide antiseptique tiède pour évacuer le reste du pus et les lambeaux de tissu hépatique sphacélé.

Pour les irrigations, on use des substances les plus diverses : bichlorure et biodure de mercure, eau phéniquée au 1/100 et au 1/50, chlorure de zinc, solution de chloral au 1/100, naphtol camphré, eau boriquée, eau bouillie.

Quant au curettage conseillé par Zancarol et récemment préconisé par Fontan, comme manœuvre complémentaire de l'incision, parce que le tissu hépatique est nécrosé et infecté autour de la poche, il est considéré comme inutile et dangereux par Segond, Pozzi et Monod.

Il expose à l'hémorrhagie et à l'ouverture de canalicules biliaires. Avant d'introduire les drains, l'index explorera la poche pour rechercher des calculs, et tout corps étranger qui pourrait devenir la cause possible d'abcès hépatiques, voire un abcès voisin qu'on ouvrirait avec le trocart. Puis deux gros drains sont introduits côte à côte le plus exactement possible dans l'ouverture de l'abcès et fixés par deux fils lâchement serrés à la plaie cutanée.

Le pansement sera fait soit au salol ou à l'iodoforme, le tout maintenu par un bandeau de flanelle qui permet une compression méthodique et donne au malade une immobilisation absolue comme après une laparotomie.

Si la fièvre persiste encore le lendemain ou que les pièces

de pansement soient traversées, on renouvellera les lavages et on fera de même chaque fois que l'une ou l'autre éventualité se présentera. Les injections ne seront supprimées complètement que lorsque le lavage ne ramène plus de débris hépatiques.

Les drains seront peu à peu diminués de longueur, de nombre et de volume, suivant la marche favorable de la cicatrisation, il ne faudra supprimer le drainage que si l'écoulement a presque disparu et que la guérison complète approche.

La guérison définitive se fait généralement en trois ou quatre semaines.

Abcès du foie thoracique. — *Incision méthodique couche par couche et ouverture de l'abcès après suture du foie à la paroi thoracique.* — Dans les abcès de la face convexe du foie, on a reproché à la méthode de Little d'exposer au danger de blesser et d'infecter successivement deux séreuses et le diaphragme, bien que le péritoine sushépatique soit en général adhérent à la convexité du foie, le diaphragme lui-même lui est intimement soudé, et la plèvre, si elle n'est pas refoulée en haut, a ses feuillets soudés aux côtes et au diaphragme. Aussi quelques chirurgiens prudents ont délaissé la méthode de Little pour inciser couche par couche, lentement jusqu'à la plèvre, bourrer de gaze antiseptique et attendre trois et quatre jours et plus avant d'inciser ensemble, plèvre, diaphragme, péritoine et foie. (Ancienne méthode de Récamier rajeunie par Wolkman pour les kystes hydatiques.)

Pourtant, le défaut d'adhérence n'a pas même les inconvénients que l'on pourrait redouter et, malgré leur absence, Segond n'a pas vu de pneumothorax dans trois opérations de kyste hydatique.

On aura souvent besoin, quelle que soit la méthode em-

ployée, de réséquer une ou deux côtes pour se donner du our.

Kartulès, Garcia Réjo conseillent la résection costale dans tous les cas. Leblond dit que si l'espace intercostal où porte l'incision est large et laisse le doigt y entrer à l'aise, la résection n'est pas nécessaire ; une grande incision suffira, capable de recevoir deux gros drains côte à côte.

D'après Chauvel, on peut voir quelque temps après l'opération les côtes tellement se rapprocher, que l'ouverture du foyer devient insuffisante ; alors les drains sont aplatis et comprimés, le pus est retenu dans la poche et les accidents fébriles reparaissent. La résection costale est alors urgente. Elle est également indispensable dans la méthode suivante à cause de la difficulté qu'il y aurait à passer par un espace intercostal des points de sutures plus ou moins profonds jusqu'au foie.

Méthode transpleurale. — Ce procédé permet d'agir vite et prudemment. On usera pour inciser le foie des mêmes précautions que par la voie abdominale.

Inspirée par le traitement des kystes hydatiques suppurés, l'incision transpleurale ou transpleuropéritonéale fut imaginée en 1879 par Israël de Berlin, qui la fit en trois temps par intervalles de huit jours ; depuis elle a été employée en France par Segond, Maunoury, Bœckel, etc., qui la firent en une séance.

C'est Thornton qui le premier, en 1886, la proposa au Congrès de Brighton pour le traitement des abcès du foie ; elle a été employée depuis cette époque maintes fois avec succès par les chirurgiens.

Thornton recommande une incision intercostale de huit à dix centimètres de longueur, puis la résection de sept à huit centimètres de côte ; on incise ensuite la plèvre pariétale, puis la plèvre diaphragmatique qu'on suture à la pré-

cédente pour fermer la cavité pleurale, puis on ouvre la poche purulente.

Dans un cas, Terrier fit une incision longue de huit centimètres dans le huitième espace intercostal ; la neuvième côte fut reséquée sur une étendue de quatre centimètres, mais pendant la résection sous-périostée la plèvre fut ouverte.

On sutura le diaphragme à la paroi par huit fils de soie, quatre de chaque côté. Le diaphragme fut ensuite incisé et ses lèvres fixées au foie par six fils de soie, trois de chaque côté. On avait ainsi formé une sorte de canal traversant les cavités pleurale et péritonéale, mais qui en était séparé par les deux plans de sutures et conduisait jusqu'au foie mis à nu. L'orifice cutané fut rétréci par quatre sutures au crin de Florence. Cela fait, l'abcès fut ouvert au bistouri, puis lavé et drainé.

Dans l'ouverture des kystes hydatiques, Segond, pour prévenir le pneumothorax, se contente de faire déprimer la paroi thoracique par la main d'un aide placée à plat au-dessus de l'incision pendant la traversée pleurale, pour maintenir les deux feuillets appliqués l'un à l'autre ; puis on incise le diaphragme dont on éverse et maintient au dehors les deux lèvres jusqu'à ce que la mise en place des sutures assure le contact définitif des feuillets pleuraux. Puis on vide la poche purulente au trocart, on l'ouvre largement et l'on coud ses parois aux lèvres de l'incision cutanée. Sans suturer la plèvre, Zancarol, par deux fois, s'est contenté, l'abcès largement ouvert, d'introduire dans sa cavité deux écarteurs qui accrochaient et tenaient accolées les parois de la poche contre celles de l'incision pleuro-péritonéale.

Pour Defontaine, la suture de la séreuse paraît réellement indispensable et il serait imprudent de ne pas y recourir toutes les fois qu'on le peut.

Pour Leblond, le procédé idéal serait de suturer d'abord les deux feuillets de la plèvre, puis fendre le diaphragme et découvrir le foie, le contenu de l'abcès une fois évacué, adosser le tissu hépatique au péritoine sous-diaphragmatique et au diaphragme par une collerette de points de suture, enfin la poche purulente est ouverte au milieu de là couronne de sutures et l'on draine, lave et panse comme à l'ordinaire.

Méthode de Lannelongue. — *Résection du bord inférieur du thorax.* — Cette méthode mixte, thoraco-abdominale, fut imaginée par Lannelongue pour aborder les abcès tuberculeux sous-phréniques des enfants. Elle est très applicable aux abcès du foie de la face convexe, elle consiste à réséquer, sans ouvrir la cavité pleurale et péritonéale, une partie des cartilages costaux qui forment en avant le bord inférieur du thorax. Canniot en indique ainsi le manuel opératoire :

L'incision faite au bistouri, à deux centimètres au-dessus du bord inférieur du thorax, légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commence à trois centimètres du sternum et se termine à l'union de la dixième côte et de son cartilage, on sectionne successivement la paroi, le tissu cellulaire sous-jacent, le grand oblique et le grand droit ; ce dernier, coupé seulement dans sa partie externe, est refoulé vers l'appendice xyphoïde ; la lèvre supérieure de la plaie est ensuite disséquée pour bien découvrir la partie à réséquer, la face externe du rebord cartilagineux du thorax apparaît ; il faut isoler ce rebord en bas et en arrière, supérieurement on désinserre le petit oblique en arrière ; avec la rugine on sépare les cartilages costaux des attaches du transverse et des fibres inférieurs du diaphragme. Ce temps de l'opération est facile à exécuter si on se rappelle le trajet du cul-de-sac pleural. On sait qu'en

ce point la plèvre, passant sur la face postérieure du cartilage de la septième côte, croise la partie interne du septième espace intercostal, puis descend obliquement en bas et en arrière, croisant les huitième, neuvième, dixième cartilages costaux : plus la côte est inférieure, plus la plèvre est rapprochée de la portion osseuse, si bien qu'au niveau de la onzième côte, la plèvre vient passer sur la portion osseuse. Donc l'extrémité antérieure des huitième, neuvième, dixième, onzième cartilages costaux n'est pas recouverte par la plèvre et peut être réséquée sans ouvrir la cavité thoracique.

La portion du thorax à réséquer a une forme triangulaire ou trapézoïde dont le grand côté est représenté par le rebord costal : elle comprend une assez grande partie des dixième, neuvième et huitième cartilages costaux avec la portion correspondante des espaces.

Le huitième cartilage sera coupé en deux points près de son origine et à son point de réunion avec celui de la septième côte. Quelquefois il faut encore remonter davantage et sectionner ce dernier cartilage ; pour le faire, on relèvera prudemment la plèvre qui du reste est parfois adhérente en ce point et souvent remontée. Si le cul-de-sac était ouvert, on en ferait la suture. Une fois ce volet thoracique enlevé le foie devient accessible et sa portion convexe facile à explorer de l'œil et du doigt ; alors, comme précédemment, on ponctionnera et suturera l'organe avant d'ouvrir son abcès.

Hépatocolostomie. — Cette opération est destinée dans les abcès de la face inférieure du foie à aboucher l'abcès dans le côlon pour favoriser son évacuation. (Bichon).

L'intervention est délicate et sérieuse. C'est le manuel opératoire préconisé par Terrier pour la cholecystenterostomie.

On fait d'abord une incision sur le bord externe du muscle droit du niveau de l'ombilic aux côtes, puis on vide préalablement l'abcès avec l'aspirateur, on le lave au sublimé et l'on met la paroi de cette poche en rapport avec le côlon. Une première suture transversale comprend la partie la plus éloignée de l'abcès et du côlon. Puis huit points de sutures sont placés suivant deux lignes longitudinales, éloignées de un centimètre environ, quatre d'un côté, quatre de l'autre. Le fil ne comprendra pas, autant que possible, toute l'épaisseur des parois. Un dernier point transversal comme le premier est placé sur la partie la plus rapprochée.

On circonscrit ainsi un rectangle qui met en présence le côlon et l'abcès. Des pinces à pression maintiennent les extrémités des fils de catgut. Après avoir serré le premier point transversal et les points latéraux, on pratique avec un bistouri étroit une ouverture correspondante aux parois accolées, dans laquelle on passe un drain flexible de 5 à 6 centimètres de long. On achève d'isoler la fistule en serrant le dernier point transversal. On referme ensuite la paroi abdominale. La gravité d'une telle intervention rend cette opération rationnelle tout à fait exceptionnelle.

Complications post-opératoires. — Parmi les complications post-opératoires qui peuvent être préjudiciables aux malades, il faut citer : la cholerrhagie, la carie costale et les fistules.

La cholerrhagie est caractérisée par un écoulement biliaire abondant. La bile s'échappe de l'abcès par centaines de grammes, souille et traverse le pansement qu'il faut renouveler plusieurs fois par jour.

C'est un accident rare qui survient en général quelques jours après l'incision au moment où les parties sphacelées s'éliminent. La gravité de cette complication dépend de l'abondance de l'écoulement du liquide biliaire et de sa

durée. L'état de l'opéré devient rapidement grave, si l'écoulement est abondant et persiste; l'organisme, déjà miné par la diarrhée, la fièvre et la suppuration, s'affaiblit et se ruine définitivement.

Les indications thérapeutiques de cette complication sont nulles et malheureusement inefficaces.

On évitera les drains trop longs qu'on a accusés d'irriter les parois de l'abcès, en certains cas d'hypersecrétion biliaire, et on fera les lavages de la poche assez rares pour ne pas retarder la cicatrisation de ses parois et l'oblitération des vaisseaux biliaires. Ce qu'on pourra tenter surtout, c'est de suralimenter les malades, si l'état de leur tube digestif si souvent ruiné par la dysenterie le permet, et d'attendre que l'écoulement cesse de lui-même. Bertrand, qui a fait une étude complète de la cholerrhagie, a essayé de compenser les pertes biliaires en donnant vingt centigrammes d'extrait de bile de bœuf en deux pilules par jour, mais sans résultat favorable.

Un autre accident rare, bien étudié par Chauvel, est la *carie* d'une ou de plusieurs côtes provoquée par le contact du pus, qui peut devenir la cause d'une fistulisation interminable dont la guérison exige l'ouverture large du foyer avec résection complète des parties osseuses malades. Cette résection est facile, la plèvre étant épaissie autour, elle est exempte de dangers, car les deux feuillets de la séreuse sont depuis longtemps soudés par des adhérences; après quelques semaines, le périoste a reproduit le fragment osseux réséqué.

Les fistules persistantes peuvent être entretenues par le défaut de retraction de l'abcès dû à la rigidité de ses parois ou à des adhérences ambiantes, défaut encore augmenté, doublé pour ainsi dire, par la rigidité de la cage thoracique à laquelle adhère le foie par l'intermédiaire du diaphragme.

Pour obvier à cet inconvénient, Little recommandait

l'emploi d'une bande élastique pour comprimer le thorax et rapprocher sa paroi de celle de l'abcès.

Il est plus efficace d'employer, dès le début, la méthode de Lannelongue qui, en commençant par réséquer le bord inférieur du thorax pour ouvrir au chirurgien une large voie, a l'avantage de prévenir cette complication.

Quoi qu'il en soit, le débridement de ces fistules est le meilleur moyen à employer ; il faudra souvent parfaire l'intervention par la résection des côtes, en un mot, mobiliser la paroi thoracique par l'opération de Letiévant-Estlander.

Traitement des complications de l'abcès. — Après l'ouverture d'un abcès du foie, si malgré l'évolution favorable de la première poche incisée et le bon état de la plaie opératoire, on voit réapparaître la fièvre et la diarrhée, parfois la diarrhée seule, il faut soupçonner l'existence d'un autre abcès hépatique. Il faut alors, pour éviter une issue fatale, intervenir à nouveau en recherchant les foyers supplémentaires par la ponction.

Quand un abcès du foie vient de s'ouvrir dans une cavité ou un organe voisins, il faut intervenir largement et le plus vite possible, d'après Leblond, même aux cas où la rupture spontanée donne des résultats relativement favorables (issue par l'intestin). On évitera ainsi les suppurations interminables et leurs dangers et on pourra laver et drainer la poche afin d'en activer la cicatrisation.

Si le pus a fait irruption subite dans la *cavité abdominale* une laparotomie s'impose avec toilette péritonéale. Si l'abcès s'est vidé dans l'*intestin*, les lavements antiseptiques seront indispensables.

S'il s'est fait jour dans le *péritoine en s'y enkystant*, il faut inciser couche par couche cette poche péritonéale et la drainer.

Si le pus a fusé dans la *fosse rénale*, et simule un phlegmon périnéphrétique, on ouvrira comme s'il s'agissait de ce phlegmon lui-même.

De même si l'abcès a déterminé des *fusées purulentes* plus ou moins éloignées, le chirurgien opérera en se laissant guider par les circonstances et la région envahie.

Dans le cas de rupture péricardique, on a conseillé de faire une ponction et même une péricardotomie; mais les accidents graves sont tellement brusques qu'on n'a guère le temps d'intervenir.

Dans le cas d'irruption dans les voies respiratoires, si on a affaire à une pleurésie purulente, l'empyème s'impose rapide et urgent ; s'il s'est produit une vomique avec fistule broncho-pulmonaire, il ne faudra pas se fier à l'évacuation spontanée, toujours lente et dangereuse, et il faudra faire au plus vite l'ouverture transpleurale de l'abcès.

Enfin, si le pus hépatique, ayant perforé le diaphragme et la plèvre adhérente, s'enkyste dans le poumon en ne produisant pas de vomique, mais donnant tous les symptômes d'une caverne purulente avec accidents possibles de gangrène pulmonaire, l'intervention est alors tout indiquée : c'est la *pneumotomie*.

Le traitement chirurgical des abcès du foie peut se résumer ainsi dans ses grandes lignes :

1° Si l'on soupçonne l'existence d'un abcès du foie, on fera une ponction exploratrice hâtive et répétée à des profondeurs variables et dans des directions différentes jusqu'à ce qu'on ait rencontré le pus ou qu'on ait dûment constaté son absence;

2° L'abcès révélé et bien localisé sera largement ouvert et au plus vite ;

3° S'il proémine surtout au-dessous du rebord des côtes dans l'abdomen et qu'on le soupçonne à la périphérie du

foie, on pourra, dans l'espoir de trouver des adhérences péritonéales, employer la méthode de Stromeyer-Little;

4° Si l'on doute des adhérences ou de leur solidité, on fera l'incision couche par couche de la paroi abdominale de l'abcès avec suture de la séreuse en collerette au tissu même du foie;

5° Si l'abcès bombe dans la cavité thoracique, on pourra comme précédemment employer la méthode de Little, et par un espace intercostal fendre d'un seul coup plèvre, diaphragme, péritoine sous-jacent et tissu hépatique jusqu'à l'abcès ;

6° Si l'abcès semble profond et les adhérences pleurales peu certaines, on emploiera la méthode trans-pleuro-péritonéale ;

7° Pour aborder les abcès de la face convexe du foie, on pourrait remplacer la méthode transpleurale par la méthode de Lannelongue;

8° Dans les cas exceptionnels où l'abcès est central et proche du gros intestin, on pourra, par une laparatomie aboucher le foyer hépatique dans le côlon (hépatocolostomie).

Traitement des abcès tuberculeux péri-hépatiques. — Les abcès tuberculeux péri-hépatiques comportent une intervention chirurgicale qui permet de les guérir dans bon nombre de cas.

Pour les abcès dont l'abord est facile et dont la cavité s'affaisse bien après l'évacuation du pus, l'incision simple à travers la paroi abdominale et la décortication de la paroi constituent la méthode de choix.

Pour les abcès plus élevés et moins accessibles aussi bien que pour la cure des trajets fistuleux consécutifs à leur ouverture, il faut combiner l'incision des parties molles à la résection du bord inférieur du thorax, avoir recours, en un

mot, à la méthode de Lannelongue, que nous avons décrite plus haut. Cette méthode fut justement préconisée par le professeur Lannelongue à propos du traitement des abcès tuberculeux du foie.

Après l'ouverture large d'un abcès tuberculeux du foie, on ne manquera jamais d'explorer le foie lui-même et s'il y a coexistence d'un abcès intra-hépatique, on aura grand soin d'en pratiquer toujours l'ouverture.

Dans un prochain article, nous continuerons par le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne par les vésicatoires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, et des indications de ce traitement,

PAR M. le Dr P. DIGNAT,

Ancien chef de Clinique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(Suite.)

Le fait que nous venons de relater aussi fidèlement que possible nous semble assez concluant par lui-même pour que nous nous dispensions de longs commentaires. On nous permettra cependant, tout en restant dans le domaine thérapeutique, de mettre en relief certains points de cette observation, intéressante d'ailleurs à divers autres titres.

En premier lieu, nous ferons remarquer que, chez notre malade, il n'y a eu qu'un seul traitement employé : le traitement par les vésicatoires circulaires. Trop souvent, il arrive que les malades qu'on traite selon ce procédé

ont suivi pendant des périodes plus ou moins longues d'autres médications. Il peut donc y avoir de ce fait, pour un esprit tant soit peu prévenu, une certaine difficulté à faire la part réelle d'efficacité devant être attribuée à l'une ou l'autre méthode thérapeutique. Ici, ce n'est pas le cas. Les circonstances ont voulu que nous assistions pour ainsi dire au début de la maladie, et la médication instituée par nous a été unique. Si donc notre malade a guéri, c'est, incontestablement, aux vésicatoires circulaires qu'il doit sa guérison. A ce sujet le doute n'est pas permis.

La seconde particularité que nous relèverons dans la même observation, c'est le transfert, sous l'influence du premier vésicatoire, de l'aura sensitive du poignet et de la main à la partic supérieure de l'avant-bras, dans le voisinagc du coude. Bien qu'il s'agisse là d'un phénomène connu depuis longtemps, puisque Bravais l'avait constaté chez un de ses malades et qu'on en retrouve un exemple dans l'observation de Récamier, les faits de ce genre n'en constituent pas moins un des épisodes les plus intéressants de l'action des vésicatoires dans l'épilepsie partielle.

Ainsi que nous l'avons déjà rappelé, Buzzard d'abord, Hirt ensuite, ont étudié ce phénomène et, sans pouvoir d'ailleurs l'expliquer, en ont rapporté plusieurs exemples remarquables.

De leurs observations et de celles qui ont été recueillies depuis, il résulte que le phénomène du transfert peut, lorsqu'il se produit, revêtir des formes diverses.

Dans un premier cas, l'aura peut être transférée du siège primitif à un autrc point, plus ou moins éloigné, du même membre. C'est ce qu'on observe chez notre malade. Dans un deuxième cas, l'aura peut être transférée d'un membre à un autre, mais sans changer de côté. Dans un troisième cas, le transfert peut se produire dans un des membres (et quelquefois même dans les deux) du côté

opposé. Dans un quatrième cas, enfin, l'aura est transférée soit d'un membre à une partie du tronc, du cou ou de la tête, soit, inversement, d'un point quelconque d'une de ces régions à un membre.

Mais le transfert peut porter aussi sur d'autres symptômes que sur l'aura proprement dite. C'est ainsi qu'il arrive de voir les convulsions être transférées en même temps que l'aura. On en trouve trois exemples dans le Mémoire de Hirt.

Une autre variété de transfert, toujours provoqué par les vésicatoires circulaires, consiste encore dans la substitution à l'aura primitive et aux convulsions habituelles de symptômes nouveaux soit d'ordre physique, soit même d'ordre psychique.

D'autre part, il peut y avoir transfert de certains accidents consécutifs aux attaques, par exemple, transfert de la paralysie post-épileptoïde d'un membre à un autre, comme ce fut le cas d'une malade de Buzzard.

Enfin, ces divers phénomènes peuvent se succéder les uns aux autres chez un même sujet. C'est ce qui s'est produit chez un malade du service de M. le professeur Pitres, malade dont M. Dutil (1) a, en partie, rapporté l'histoire, dans un Mémoire paru en 1883, et dont l'observation figure dans la thèse déjà citée de M. Crozes.

Un dernier point enfin de notre observation sur lequel il nous paraît convenir d'insister, c'est la rapidité avec laquelle ont agi chez notre malade les deux vésicatoires circulaires qui, sur nos indications, avaient été appliqués sur le trajet de l'aura.

Assurément, il n'y a pas là un fait isolé. Dans le nombre

(1) Dutil. Des paralysies post-épileptoïdes transitoires (*Revue de médecine*, 1883).

des cas de guérison d'épilepsie partielle par les vésicatoires volants publiés jusqu'à ce jour, il en est quelques-uns où l'on a pu voir la disparition des crises se produire aussi rapidement. C'est le cas, par exemple, du malade atteint d'épilepsie partielle sensitive, dont M. Pitres a raconté l'histoire dans un article que nous signalons plus haut (1), lequel fut débarrassé de ses crises, datant de deux ans, par l'application presque coup sur coup de deux vésicatoires au-dessus du poignet droit, siège de l'aura sensitive. Néanmoins, les faits de ce genre sont quelque peu exceptionnels et, d'ordinaire, ce n'est qu'après un assez certain nombre d'applications successives de vésicatoires qu'on obtient un résultat satisfaisant.

Quelquefois, le nombre de ces vésicatoires doit être assez considérable. L'observation suivante, inédite, que M. le professeur Pitres veut bien nous communiquer, en nous autorisant à la publier, en est une preuve. Il est vrai qu'il s'agissait, ainsi qu'on va le voir, d'un cas autrement grave que le nôtre.

D... Évariste, né à Biscarosse (Landes), maréchal-ferrant, âgé de 15 ans, entre dans le service de M. le professeur Pitres, le 22 novembre 1890, pour des attaques d'épilepsie jacksonnienne.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de D... sont vivants et bien portants. Le père, douanier, n'accuse aucune habitude alcoolique et est d'un caractère doux et paisible. — La mère est nerveuse, impressionnable, mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Elle prétend avoir eu une émotion très vive au moment de la naissance du malade.

(1) Pitres. Des épilepsies partielles sensitives (*Arch. Clin. de Bordeaux, loc. cit.*).

Le grand-père paternel de D... est mort à 58 ans d'un rhume négligé. — La grand-mère paternelle est morte en couches. — Du côté maternel, le grand-père est mort dans un état de vieillesse très avancée, mais il présentait un caractère très violent et emporté. — La grand'mère maternelle est encore vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — Le malade a eu, dans sa première jeunesse, une rougeole qui guérit vite et complètement. A douze ans, scarlatine. Jamais il n'a eu de convulsions, jamais d'accidents choréiformes.

Maladie actuelle. — A Noël de l'année 1889, D... fut pris d'une attaque subite. Il avait soupé vers huit heures, comme à l'ordinaire, sans avoir fait aucun excès ni de nourriture ni de boisson, et s'était couché, s'étant rapidement endormi, lorsque vers neuf heures, soit une heure après, son père entendit une sorte de ronflement sonore ressemblant plutôt à un grognement intermittent. S'approchant du lit, il trouve le malade les yeux ouverts et hagards. Il lui demande la cause de ce bruit ; D... répond qu'il n'a rien, et son père se recouche. — Vers onze heures, même bruit. D... père se lève de nouveau et trouve son fils, les yeux fermés, cette fois, mais les globes oculaires roulant sous les paupières. La bouche est tordue et convulsée, mais il n'y a pas d'écume. Hors le ronflement noté à la première crise, le malade n'a poussé aucun cri. Les quatre membres sont agités de secousses convulsives, et le malade tomberait de son lit s'il n'était retenu. Il y a en même temps émission d'urine et morsure de la langue. L'attaque dure un quart d'heure environ, puis D... ouvre légèrement les yeux et s'endort sans avoir parlé ni repris connaissance.

Le lendemain, à son réveil, le malade accusait seulement de la faiblesse générale. Celle-ci persista pendant quelques jours, puis tout sembla rentrer dans l'ordre. — D... reprit son

métier, ne conservant qu'un vague souvenir de ce qui avait pu se passer.

Il n'y songeait même plus du tout, lorsqu'en septembre 1890, étant en train de forger, il ressentit en même temps qu'une grande faiblesse dans la main gauche, une sensation indéfinissable siégeant principalement dans le médius et l'indicateur, mais qui bientôt gagna progressivement le bras gauche, puis le bras droit et la jambe gauche. A ce moment il perdit connaissance et tomba. — Le même jour, D... eut une seconde crise en tous points semblable à la précédente, et dont la durée fut d'environ trente minutes.

Douze jours après, nouvelle crise analogue.

Le 11 novembre, dans l'après-midi, il en a trois autres séparées par de très courts entr'actes. Elles le surprenaient hors de chez lui, sur les quais et sur le cours d'Alsace et Lorraine. Ramené à son domicile, il est, de six heures du soir à minuit, assailli de crises multiples et presque continues.

D'ordinaire, à chaque crise, l'aura met environ dix minutes pour se généraliser. Aussi le malade a-t-il le temps de se coucher soit sur son lit, soit à terre. Pendant tout ce prologue de l'attaque et jusqu'au moment où il perd connaissance D... se rend parfaitement compte de ce qui va arriver. Il a appris depuis à arrêter la généralisation de l'aura en plongeant aussitôt sa main dans l'eau froide. Il ne pousse aucun cri, mais il se plaint par cet espèce de grognement dont il a été question. Pendant l'attaque, la face est congestionnée et violette, il y a du mâchonnement, enfin vomissements alimentaires et émission d'urine.

Jamais, durant l'aura qui précède la crise générale, le malade n'a éprouvé de sensation de boule, et d'autre part, il n'a jamais invoqué comme cause occasionnelle d'aucune de ses attaques une contrariété quelconque.

Dans la nuit du 20 au 21 novembre, D... a eu deux nouvelles crises en tous points semblables aux autres et d'une durée moyenne d'un quart d'heure. La première attaque s'est pro-

duite vers deux heures du matin, la seconde vers trois heures et demie.

C'est à la suite de ces dernières crises qu'il entre à l'hopital Saint-André, service de M. le professeur Pitres.

Etat actuel. — D... présente toutes les apparences de la meilleure santé. Il est de taille moyenne, légèrement élancée, sa physionomie est intelligente, mais est revêtue d'une légère teinte de mélancolie. — Depuis son entrée dans le service, il est calme et il dort bien.

Toutes les fonctions s'accomplissent normalement. L'appétit est excellent, les digestions sont faciles; pas de constipation, pas de diarrhée.

L'appareil respiratoire ne présente rien d'anormal ni à la percussion ni à l'auscultation.

Le cœur bat normalement. Aucun souffle organique. A noter seulement un souffle extra-cardiaque assez faible mais cependant appréciable. Ce souffle qui existe dans le décubitus dorsal cesse complètement dans la position assise et debout.

Rien à noter du côté des organes génito-urinaires.

La mobilité est parfaite. Tous les muscles présentent leur développement normal.

La force musculaire mesurée au dynamomètre donne : à droite 33 kilogr., à gauche 29 kilogr.

La sensibilité tactile, la sensibilité à la piqûre, enfin la sensibilité thermique sont normales sur tout le corps ainsi que sur les muqueuses.

Les pupilles présentent une très légère inégalité, celle du côté droit étant plus dilatée que celle du côté gauche. — Elles réagissent du reste parfaitement à la lumière, à la douleur et à l'accommodation. — L'examen du fond de l'œil ne révèle rien.

Le reflexe pharyngien est conservé.

Les reflexes patellaire et plantaire sont normaux.

Les reflexes tendineux du poignet sont bien conservés et

présentent même une certaine brusquerie du côté gauche, point où débute l'aura épileptique.

27 novembre. — D... ressent un début de crise qui part, comme toujours, du petit doigt de la main gauche. L'aura remonte assez lentement le long du bras, et le malade, en comprimant fortement avec son mouchoir l'avant-bras, parvient à en empêcher la généralisation. Il lui vient seulement un fourmillement qui persiste quelque temps dans la main gauche.

29 novembre. — Ce jour-là, le malade éprouve un second début de crise analogue à celui du 27. Il l'arrête de la même façon.

Un vésicatoire circulaire est alors appliqué au poignet gauche, immédiatement au-dessus des apophyses styloïdes. Ce vésicatoire, large de cinq centimètres environ, présente une longueur suffisante pour entourer complètement l'avant-bras. — Il est enlevé au bout de 24 heures. La vésication y est bien faite sous tous les points, et un véritable collier d'exsudat entoure le poignet. Durant ces 24 heures, D... n'a eu aucun début de crise.

Du 29 novembre au 3 décembre, le malade a ressenti par trois fois son aura dans le petit doigt de la main. A chaque fois l'engourdissement est remonté jusqu'au niveau de l'emplacement du vésicatoire, et là, a disparu, sans que D... ait eu besoin d'user du stratagème employé précédemment pour l'arrêter.

Le *3 décembre, un second vésicatoire* est placé au-dessus de l'emplacement du premier. Son application était justifiée par une douleur assez vive et continue, et par un début de crise que le malade avait eu le matin même, et dont le point de départ siégeait au-dessus du précédent vésicatoire. Le deuxième vésicatoire, large de trois centimètres et circulaire, prend comme l'autre, parfaitement. Aussitôt après son application la douleur disparait, et D... ne ressent plus rien jusqu'au 10 décembre.

Le *10 décembre*, D... ressent, dans la matinée, une douleur

au-dessus du point où a été placé le second vésicatoire. Un début de crise s'est même produit en ce point; mais le malade l'a arrêté par la compression. *Un troisième vésicatoire* circulaire est immédiatement appliqué au-dessus du précédent. La douleur disparaît presque aussitôt. Mais, au bout de deux jours, elle se manifeste au-dessus du pli du coude.

12 Décembre. — Pendant la nuit, D... a ressenti l'aura à ce dernier niveau et dans la région supérieure de l'avant-bras. On applique en ce point *un quatrième vésicatoire circulaire*, et, comme précédemment, la douleur disparaît presque aussitôt.

16 Décembre. — L'aura se produit au-dessus du pli du coude, au niveau du tendon du biceps. *Un cinquième vésicatoire*, de même forme que les précédents, est placé sur cette région. Presque immédiatement la douleur cesse. Désormais, du reste, elle ne se fera plus sentir au bras gauche.

20 Décembre. — Le malade qui, depuis quatre jours, n'avait ressenti ni douleurs ni début de crise, sent l'aura se produire dans l'index et le médius de *la main droite*. Trois fois dans la matinée, cet accident se reproduit, mais cependant sans que l'aura se généralise. — *Un vésicatoire circulaire* (*le sixième*) est appliqué alors au-dessus du poignet droit, en un point symétrique du premier. La douleur disparaît et rien ne survient pendant six jours.

Au bout de ce temps, réapparition de la douleur au-dessus de l'endroit où le dernier vésicatoire a été placé, puis débuts de crises assez fréquents, mais facilement arrêtés par la compression, et partant toujours du poignet droit.

Le *31 Décembre*, on place *un septième vésicatoire circulaire* immédiatement au-dessus du précédent. La douleur et l'aura quittent brusquement et définitivement le bras droit, comme elles l'ont fait pour le bras gauche.

Le *4 Janvier*, la douleur se manifeste dans la jambe droite au-dessus des malléoles. D... ressent en ce point un début

de crise qu'il a beaucoup de peine à arrêter. Enfin, ses voisins lui viennent en aide, et, par la compression énergique de la cuisse, la généralisation de l'aura peut être évitée. Immédiatement on procède à l'application d'un *huitième vésicatoire* au-dessus des malléoles. Comme toujours la douleur cesse et l'aura ne se révèle plus.

Le *7 Janvier* elle se produit au mollet droit. Par trois fois, le malade ressent l'aura à ce niveau, mais jamais elle ne se généralise. *Un neuvième vésicatoire circulaire* est appliqué au niveau de la portion la plus saillante du mollet, et la douleur disparaît aussitôt.

10 Janvier. — Une légère douleur se manifeste dans la jambe droite, au-dessous du genou. On y applique un *dixième vésicatoire* circulaire, et la cessation de tout symptôme douloureux succède à cette application.

16 Janvier. — D... accuse à la partie antérieure de l'épaule gauche une douleur analogue à celle qui accompagne chaque aura. Il n'y a pourtant pas d'aura proprement dite. On applique néanmoins un petit vésicatoire carré (*onzième vésicatoire*) de 5cm/5 cm., sur le point douloureux, et bientôt celui-ci se dissipe.

Le *26 Janvier*, légère douleur dans la cuisse gauche. Elle persiste pendant trois jours environ. Comme le malade n'a plus d'aura, on n'emploie plus aucun vésicatoire. Une injection d'éther du volume d'une demi-seringue de Pravaz est faite au point douloureux. D... éprouve une violente cuisson qui dure plus d'une heure, puis un engourdissement de la cuisse qui persiste toute la journée. Finalement l'une et l'autre disparaissent.

Depuis ce jour D... a signalé deux fois un peu de douleur, mais sans aura, en avant de l'épaule gauche. L'injection d'éther précédente ayant été péniblement supportée par le malade, on se borne à lui faire à ce niveau une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'eau distillée et la douleur se dissipe immédiatement.

A partir de ce moment le malade n'a plus ressenti ni douleur ni aura. Il quitte l'hôpital le 16 février 1891.

Le *30 Mai*, D... est rencontré à Libourne par M. le professeur Pitres. La guérison persiste depuis plus de trois mois et l'état général est excellent.

(*A suivre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Vapeur surchauffée pour l'extirpation des échinocoques de la rate (Snéguirieff, *Berliner Klinik*, avril 1895). — L'auteur s'est servi, dans un cas d'intervention chirurgicale contre un kyste hydatique de la rate, de la vapeur surchauffée qui avait déjà donné ses preuves dans l'extirpation des tumeurs des organes parenchymateux.

Il s'agit d'une femme atteinte de kyste hydatique de la rate. L'auteur s'est demandé tout d'abord s'il vaut mieux extirper la rate ou se contenter seulement de l'énucléation de la tumeur. S'étant décidé pour la dernière alternative, il dirigea sur la grande extrémité de la tumeur un jet de vapeur sous l'influence duquel le parenchyme splénique s'anémia et se durcit. On pratiqua alors, sans hémorrhagie aucune, une incision longue de 7 pouces qui mit à nu la tumeur. L'hémorrhagie profonde, survenue pendant l'énucléation de la tumeur, fut arrêtée net par un jet de vapeur dirigé vers la profondeur : on réussit de la sorte à énucléer toute la tumeur, à part une petite portion très vasculaire dans le voisinage du hile. Ayant appliqué de la vapeur sur les vaisseaux à leur embouchure dans la tumeur, on arriva à énucléer, sans perdre une goutte de sang, tout le sac de l'échinocoque déjà rompu.

Après l'énucléation de la tumeur, l'auteur se mit à suturer la rate : mais par suite d'un éclairage défectueux, il fit la ponction de l'artère splénique, d'où hémorrhagie profuse. L'application de la vapeur sur le vaisseau fit arrêter immédiatement l'hémorrhagie : mais l'artère brûlée par la vapeur se thrombosa, et l'auteur pratiqua l'extirpation de la rate par crainte de la nécrose consécutive de cet organe. Les suites post-opératoires furent tout à fait normales : jamais de fièvre, plaie guérie par première intention.

Il résulte donc de cette observation que la vapeur surchauffée est un excellent hémostatique des hémorrhagies parenchymateuses de la rate. Par suite de la mollesse et de la friabilité du tissu splénique, on prendra garde de ne pas appliquer la vapeur sous forte pression, mais de diriger toujours le jet de vapeur obliquement sur les parties qui donnent du sang; on agira de même contre les hémorrhagies hépatiques. Au contraire, en cas d'hémorrhagies osseuses, c'est à la vapeur sous forte pression qu'il faut avoir recours.

L'appareil employé est constitué : 1° d'une petite marmitte pour la vapeur surchauffée; 2° d'un tube en gutta-percha, long de $0^{m},50$; 3° d'un tube fenêtré avec rigole pour injecter la vapeur dans l'utérus et 4° d'un tube métallique pour conduire la vapeur. Quant aux hémorrhagies d'autres organes, il sera alors nécessaire de se munir de différents autres tubes calibrés et diversement fenêtrés. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 19, p. 384 et 385.)

Pansements permanents à l'alcool dans le traitement des phlegmons et d'autres inflammations (Salzwedel, *Deutsche militär-ärztliche Zeitschrift*, XXIII, 1895). — S'agissait-il d'inflammations phlegmoneuses légères, le pansement permanent à l'alcool agissait presque comme un médicament abortif. Dans les cas plus graves le ramollissement et la fonte s'accomplissaient en très peu de temps et il se forma bientôt des abcès circonscrits remplis de pus fluide. On se

servira, pour les pansements, de l'alcool à 60-90 degrés ou de l'eau de Cologne.

Voici la technique préconisée par l'auteur :

Après avoir nettoyé soigneusement à l'éther la peau de la partie enflammée et recouvert de gaze iodoformée ou de gaze aseptique les plaies existantes, on recouvre le tout d'une couche modérément épaisse d'ouate dégraissée imbibée d'alcool, et l'on met ensuite dessus une substance imperméable qui, tout en entravant l'évaporation, ne l'empêche pas tout à fait : dans ce but la substance imperméable sera coupée en lanières ou munie de trous. On ne négligera pas cette dernière précaution, sous peine de voir autrement l'alcool agir comme caustique.

Le pansement sera renouvelé toutes les vingt-quatre heures. On laissera encore ce pansement pendant plusieurs jours après la disparition complète de la tuméfaction. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juin 1895, p. 351.)

Médecine générale.

De l'influence des mouvements fébriles artificiellement provoqués sur la guérison des troubles mentaux (B. Nagy, *Orvosi hetilap*, 1895, n° 9). — Indépendamment de v. Wagner, l'auteur a pratiqué des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine qui ont causé l'élévation de température jusqu'à 39° C. Il a traité de la sorte les trois cas suivants :

1° Une femme atteinte, depuis 13 ans, de temps en temps d'excitation maniaque. Le lendemain, après l'injection de $0^{gr},5$ d'essence de térébenthine, l'état mental redevint normal et resta tel jusqu'à la sortie de la malade. La fièvre a duré de quatre à cinq jours.

2° Une femme atteinte pour la première fois de confusion mentale avec dépression. Injection sous-cutanée de $0^{gr},25$ d'essence de térébenthine : le lendemain la malade a récupéré toutes ses facultés mentales. Cette amélioration persista pen-

dant vingt jours, après quoi elle fut de nouveau atteinte de confusion mentale.

3° Une femme atteinte de confusion mentale d'origine hystérique, avec apathie absolue : l'injection d'essence de térébenthine fut suivie de l'amélioration de l'état psychique, la malade devint plus communicative. Rechute après treize jours de guérison apparente.

Ainsi que l'a fait v. Wagner, l'auteur est d'avis qu'il vaut la peine de continuer ces expériences. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 19, p. 385.)

Indications du traitement chirurgical de la maladie de Basedow, par A. Heydenreich (*Sem. méd., juin 1895*). —

D'après l'auteur, il faut réserver l'intervention chirurgicale aux cas sérieux dans lesquels le traitement médical n'a donné aucun résultat.

Faire courir les risques d'une opération s'il y a menace de mort par les progrès de la maladie.

L'indication de l'intervention chirurgicale se pose nettement lorsqu'il y a une forte dyspnée due à une compression de la trachée.

Dans les cas inquiétants, avec cœur dégénéré et système nerveux fortement atteint, on se rappellera que l'opération, bien que très grave, offre peut-être au malade la seule chance de salut.

L'intervention chirurgicale étant décidée, on peut avoir recours à deux méthodes : la thyroïdectomie partielle ou totale et la ligature des artères thyroïdiennes, abstraction faite de l'exothyropexie sur les résultats de laquelle nous n'avons encore que des données contradictoires.

On évitera autant que possible la thyroïdectomie totale qui expose l'opéré à la cachexie strumiprive. On aura recours à la thyroïdectomie partielle, ou à l'énucléation des nodules goitreux quand elle sera possible.

Coup de chaleur : Son traitement, par Vansalon (*Journal des praticiens, juin 1895*). — Notre confrère de la marine donne à propos d'un coup de chaleur traité par lui, sur un soldat, quelques indications sur la conduite à tenir en semblable circonstance (*Archives de la méd. navale,* mai 1895, p. 574).

Le traitement de l'hyperthermie par les affusions froides, qui paraît être la première des indications dans le coup de chaleur, doit être employé avec circonspection ; il n'est pas toujours étranger au collapsus. On surveillera donc avec soin l'état du cœur et on interviendra sans retard quand on le verra faiblir.

Les injections hypodermiques d'éther d'abord, de caféine ensuite, sont un excellent moyen de combattre ce collapsus.

Dans le coup de chaleur, les voies respiratoires sont encombrées par des mucosités sanguinolentes très épaisses dont il est indispensable de provoquer l'expulsion. La titillation de la luette est un moyen prompt et efficace pour obtenir ce résultat.

Les tractions rythmées de la langue, combinées avec l'aspersion d'eau glacée sur le visage et le thorax, sont supérieures à la respiration artificielle pour provoquer le reflexe respiratoire.

On y insistera malgré les difficultés qu'oppose à cette manœuvre la contracture des mâchoires.

Pharmacologie.

Contribution à l'étude de l'idiosyncrasie envers certains médicaments (Baer, *Therapeutic Gazette,* 15 mars 1895). — L'auteur essaie de démontrer que l'idiosyncrasie envers certains médicaments n'est pas un simple jeu de la nature, mais qu'elle sert d'expression à la surexcitabilité du système nerveux sympathique dans sa totalité ou dans certaines de ses

parties. Il y a un rapport intime entre l'idiosyncrasie envers certains médicaments et le tempérament de l'individu en question.

Pour combattre l'idiosyncrasie envers un médicament déterminé, il faut ou se prendre contre l'hyperexcitabilité elle-même ou administrer, outre le médicament en question, encore un autre médicament qui, tout en ne contrecarrant pas l'action du premier, diminue ou fait disparaître l'excitabilité exagérée; c'est ainsi, par exemple, que l'action paralysante de la quinine sur le sympathique sera annihilée par l'administration simultanée de l'atropine, qui n'interfère en rien avec ses propriétés antimalariques.

En règle générale, l'idiosyncrasie n'est pas limitée à un seul médicament, mais s'étend sur tout un groupe à action physiologique analogue. Ainsi l'atropine et le camphre exercent d'une manière semblable une influence irritante sur le cerveau : aussi les sujets atteints d'idiosyncrasie envers l'atropine, le sont-ils également envers le camphre.

Il ne faut non plus perdre de vue que, chez les sujets idiosyncrasiques, l'action du médicament ne change pas de nature, mais seulement de degré. En effet, c'est une règle générale en physiologie, que toute surexcitation amène en fin de compte l'hyperexcitabilité et que tout excès d'action inhibitoire arrive à paralyser le centre inhibitoire ; de même aussi la différence entre l'action des doses élevées et de petites doses du même médicament est due à ce qui l'emporte l'un sur l'autre, de l'effet inhibitoire ou de l'effet stimulant. Or, on comprend aisément que, en cas d'hyperexcitabilité du système nerveux sympathique (c'est-à-dire, dans l'idiosyncrasie), une dose relativement peu élevée peut déjà amener l'excitation exagérée du sympathique et en fin de compte en provoquer la paralysie. C'est ainsi, par exemple, que le calomel, qui est un stimulant du plexus solaire, peut produire chez les sujets idiosyncrasiques la paralysie de ce même plexus. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 21, p. 444.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Traitement de la coqueluche par le bromoforme et l'antispasmine (M. Stooss, *29 medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenners'schen Kinderspitals in Bern im Laufe der Jahre*, 1891-1894). — Dans ces dernières années l'auteur n'a traité la coqueluche que par le bromoforme et l'antispasmine, et les résultats obtenus par lui peuvent être considérés comme très satisfaisants.

Le bromoforme donne, dans la plupart des cas, la diminution très marquée de la fréquence et l'atténuation de l'intensité des accès. Quant à la durée de la maladie, il est impossible d'affirmer avec certitude qu'elle aurait été abrégée. Chez les enfants au-dessous d'un an, il survint parfois, aprés l'administration du bromoforme, une légère narcose qui, du reste, n'a pas eu d'effet nocif sur les petits malades. C'est à cause de cet effet secondaire désagréable que l'auteur, dans ces deux dernières années, s'est servi exclusivement de l'antispasmine (mélange de narcéine sodique et de salicylate de soude).

Ce médicament, introduit dans la pratique par Demme et puis essayé par Rabow et Frühwald, s'est montré très efficace dans 200 cas de l'auteur. Son action sur les accès de toux n'était pas toujours identique. Dans la majorité des cas l'antispasmine commence par diminuer immédiatement l'intensité des accès, tandis que leur fréquence ne fut abaissée que plus tard; mais il y avait aussi des cas où, sans influencer notablement dés l'abord l'intensité des accès, elle en diminua d'une manière frappante la fréquence. La durée totale de la maladie fut-elle bien abrégée ? L'auteur n'ose pas l'affirmer catégoriquement. Mais il semble incontestable que l'antispasmine a rendue plus bénigne la marche de la maladie et notablement en adoucit l'apogée convulsive. Le médicament est bien supporté même par les enfants âgés seulement de quelques mois.

A part une légère tendance vers la constipation, pas d'effets secondaires fâcheux sur l'estomac, ni l'intestin.

L'antispasmine fut administrée, aux enfants au-dessous de un an, à la dose de 0gr,01 à 0gr,015 répétée trois ou quatre fois par jour, et à la dose de 0gr,02 (trois à quatre fois par jour) chez les enfants de un à trois ans; les enfants plus âgés recevaient jusqu'à 0gr,04 par dose. Les enfants en bas âge prenaient, dans la pratique policlinique, le médicament en solution à 0,2 0/0, de sorte que 10 grammes de la solution correspondaient à 0gr,02 de spasmine. On recommandait aux parents d'administrer la mixture immédiatement après les accès.

Enfin, il faut remarquer que l'on peut recommander l'antispasmine comme calmant contre la toux atroce des enfants atteints de rougeole : l'auteur l'a trouvée très efficace dans tous les cas observés par lui. (*Therapeutische Monatshefte*, 1895, juin, p. 321.)

Maladies de la peau et syphilis.

Contribution à l'action et aux applications des injections intraveineuses de sublimé recommandées par Baccelli (Dinkler, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895, nº 18-20). — Baccelli qui a imprimé une impulsion nouvelle au traitement de la syphilis par le sublimé en injections intra-veineuses, insista surtout sur la rapidité de son action et sur l'absence complète de tout danger de thrombus. Ce mode de traitement fut essayé par l'auteur dans neuf cas (8 hommes et une femme); pour les autres sujets où l'on avait institué le même traitement, on fut obligé de les laisser bientôt de côté et de cesser les injections.

De l'avis unanime de nombreux médecins, ces injections ne sont applicables que dans un nombre restreint de cas bien définis. C'est ainsi que chez les femmes, surtout jeunes, les

veines sont étroites, si petites, recouvertes d'une couche adipeuse si épaisse que, dans la majorité des cas, il n'y a pas même lieu de songer d'essayer chez elles les injections intraveineuses. Même parmi les hommes dont les veines sont plus spacieuses et situées plus superficiellement, on n'en trouve pas plus de 30 0/0 chez lesquels ces injections soient applicables.

Quant au lieu d'injections, ce sont chez l'homme les veines superficielles du bras et de l'avant-bras qui présentent le lieu d'élection.

La technique de l'injection n'est pas si simple que le prétend Baccelli. Après avoir lavé à l'alcool et au sublimé la peau de l'avant-bras (ou de la cuisse, s'il y a lieu), on appliquera la bande d'Esmarch en prenant soin de ne compriner que les veines qui font immédiatement saillie sous la peau sous forme de cordes épaisses. On prescrit au malade de tenir, autant que possible, immobile l'extrémité sur laquelle on va opérer. On enfoncera sous un angle aigu presque parallèment à la surface de la peau, l'aiguille très aiguë et courte ajustée à la seringue à ballon de Koch remplie de sublimé; la canule a-t-elle pénétrée selon l'art dans la veine, on retirera alors la bande, on ouvrira la vis du ballon et on poussera lentement et sous pression constante le contenu de la seringue dans la veine; après quoi la seringue sera retirée rapidement. L'hémorrhagie légère sera arrêtée par le massage et le déplacement de la peau recouvrant la veine. La solution de sublimé a-t-elle pénétré dans le tissu périvasculaire, les malades se plaignent immédiatement de douleur intense et il se forme presque instantanément une infiltration.

Baccelli débute par 0gr,001 pour une seule dose et remonte graduellement jusqu'à la dose maxima de 0gr,008; d'autres auteurs ont employé des doses plus élevées allant jusqu'à 0gr,012. L'auteur se sert d'une solution de sublimé dans l'eau salée à 1 à 2 0/00, avec la dose maxima de 0gr,01.

Ayant fait soigneusement nettoyer la bouche des malades,

l'auteur n'a jamais observé de phénomènes toxiques généraux; mais en revanche, il survient des processus thrombotiques que l'auteur considère comme conséquences inévitables des injections intra-veineuses de sublimé : la rapidité et l'intensité de la coagulation sanguine dépend de la concentration de la solution employée et de la durée de son action sur les parois veineuses. Les injections de 0gr,01 de sublimé peuvent être suivies de thrombose complète dès le troisième jour. Le thrombus consécutif aux injections de sublimé à petite dose, est cupiliforme et n'intercepte pas toute la lumière du vaisseau, mais après les injections des doses élevées (au-dessus de 0gr,05) la veine est complètement oblitérée : il arrive parfois que, après un nombre considérable d'injections, il faut supprimer le traitement faute de trouver une veine appropriée dans laquelle on pourrait pratiquer l'injection. On ne rencontre que rarement de la sensibilité à la pression et des phénomènes inflammatoires. Les parties thrombosées des vaisseaux disparaissent complètement dans quelques mois. Les thromboses sont survenues aussi dans les expériences sur les animaux. On n'a non plus réussi à la prévenir en se servant des solutions de sublimé dans les peptones. Il importe donc de prévenir les malades de ne pas exécuter de mouvements violents avec les membres sur lesquels les injections sont pratiquées.

Il est incontestable que, en influençant directement les parois vasculaires, les injections intraveineuses de sublimé amènent la guérison rapide et sûre des processus syphilitiques. Mais, en revanche, le revers de la médaille est chargé d'ombres, ce procédé exige des conditions anatomiques spéciales, il provoque des thromboses et ne met à l'abri de la récidive que pendant un laps de temps très court : il ne peut donc remplacer partout les médications hydrargyriques usitées jusqu'à présent. Toutefois, grâce à son action rapide, cette méthode est indiquée contre la syphilis maligne, surtout la syphilis du système nerveux central ; après avoir combattu

par les injections de sublimé les symptômes menaçants, on instituera immédiatement ensuite ou même simultanément le traitement par frictions hydrargyriques. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 22, p. 465 et 466.)

REVUE DES LIVRES

Thérapeutique.

A LA LIBRAIRIE RUEFF ET Cie, 106, boulevard Saint Germain :

Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de M. Albert ROBIN, de l'Académie de Médecine.

Vient de paraître le deuxième fascicule, consacré au TRAITEMENT DES MALADIES DES REINS. Prix : 6 francs.

Nous avons déjà annoncé (voir le n° du 15 août dernier) l'apparition de cet important ouvrage et annoncé les conditions de sa publication.

Le nouveau fascicule contient les articles suivants :

Congestion rénale ; traitement hydrominéral des albuminuries d'origine fonctionnelle ou rénale ; — traitement médical des pyélites ; — traitement de l'hémoglobinurie ; — traitement de la chylurie ; — traitement de la lipurie, par M. Albert Robin.

Indications thérapeutiques générales ; — traitement des néphrites, par M. A Brault.

Régime des albuminuriques, par M. J. Teissier.

Traitement de l'hématurie, de l'anurie et de la polyurie, par M. A. Ducamp.

Traitement de la lithiase rénale, par M. Dreyfus-Brisac.

Dégénérescences rénales et tuberculose du rein, par M. Audry.

Traitement du cancer du rein, par M. Chandelux.

Traitement de l'urémie, par M. J. Renaut.

Traitement du rein mobile, par M. A Mathieu.

A LA LIBRAIRIE G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain :

Traitement de la syphilis, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital Ricord (hôpital du Midi). 1 vol in-8° : 15 francs.

Nul n'était plus à même pour écrire un livre sur la syphilis que l'éminent praticien Charles Mauriac.

Après avoir parcouru rapidement dans son introduction les principales phases de la syphilis pendant quatre siècles, le docteur Mauriac entre dans le corps de l'ouvrage qu'il a divisé en trois livres. Le premier livre est consacré à la thérapeutique générale de la syphilis. Le second livre a pour objet le traitement des diverses manifestations syphilitiques. Le troisième livre, enfin, se divise en deux parties : le traitement et la prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Pathologie interne.

A LA LIBRAIRIE ASSELIN ET HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine :

Le foie des dyspeptiques et en particulier la cirrhose par autointoxication d'origine gastro-intestinale, par le Dr Emile BOIX, interne lauréat des hôpitaux, 1 vol. in 8° de 200 pages, avec 2 pl. en chromolithographie.

Nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur l'excellent et remarquable travail de M. Boix. C'est une œuvre originale des plus intéressantes dans ses déductions thérapeutiques.

L'auteur montre que les fermentations vicieuses du tube digestif peuvent à elles seules, et sans aucune intervention de l'alcool, provoquer la cirrhose. Son opinion est appuyée sur des expériences de physiologie et des examens anatomo-pathologiques des plus probants. Il crée donc le *foie dyspeptique* comme nouvelle entité morbide. Il en découle une considération thérapeutique importante, c'est que toutes les fois que l'on aura constaté des troubles de fermentation chez des cirrhotiques, surtout au début, il faudra les considérer souvent comme des phénomènes primitifs et non secondaires et établir une thérapeutique gastrique, seule capable de juger, s'il en est temps, l'affection du foie.

Leçons cliniques sur les maladies mentales, par le Dr J. SÉGLAS, 1 vol. in-8° de 835 pages avec 6 figures dans le texte. Prix : 14 francs.

L'auteur a réuni dans ce gros volume toutes les leçons qu'il a

faites depuis ces huit dernières années dans son service de la Salpêtrière.

Les lecteurs, médecins et étudiants même, le liront avec fruit, car il contient toutes les idées nouvelles sur les diverses formes de maladies mentales, avec l'exposé des meilleures méthodes d'examen. La forme oratoire, adoptée par l'auteur, a l'avantage d'être plus suggestive et d'évoquer plus facilement la réalité.

Gynécologie.

A LA LIBRAIRIE BATTAILLE ET Cie, 23, place de l'École-de-Médecine :

De la stérilité chez la femme, par le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux, professeur adjoint de la Maternité de Paris, rédacteur en chef des *Archives de Tocologie*, 1 vol. grand in-8° jésus, avec 106 figures. Prix : 5 francs.

Après avoir exposé les données les plus récentes sur la fécondation, l'auteur étudie en détail toutes les causes susceptibles d'y mettre obstacle chez la femme.

Il distingue les *causes anatomiques*, se rattachant à l'état maladif des organes génitaux, les *causes fonctionnelles*, dépendant d'anomalies dans l'accomplissement de l'acte sexuel, et les *causes* générales et vagues.

Chacune d'elles, envisagée d'abord au point de vue anatomo-pathologique, puis comme obstacle à la fécondation, est l'objet d'une discussion détaillée, ayant trait à la meilleure thérapeutique à appliquer pour la conception,

L'ouvrage ne contient pas moins de 106 figures destinées à faciliter la compréhension du texte.

A une époque où la dépopulation prend une si effrayante proportion, l'ouvrage de M. Auvard, le plus important, et le plus complet sur cet intéressant sujet, est un guide sûr et précieux. Il sera consulté avec fruit par les praticiens et spécialistes.

Déontologie.

A LA LIBRAIRIE BAUDRY, 82, rue Saint-Jean, Saint-Quentin.

Le Médecin dans la société actuelle, par le Dr LÉON CASSINE, président de la Société des Médecins de l'Aisne.

Nous sommes heureux de signaler à nos confrères ce petit opus-

cule, qui peut servir de guide à l'étudiant et au praticien au point de vue de la situation morale faite au médecin à notre époque.

L'auteur étudie, avec une grande bonne foi et une rare honnêteté, une série nombreuse de cas de conscience souvent très délicats. Un grand nombre des phrases de l'ouvrage pourraient être détachées sous forme d'aphorismes, ce qui est une preuve de la maturité des idées de l'écrivain.

A LA LIBRAIRIE MALOINE, 21, rue de l'École-de-Médecine :

Le Médecin militaire, par le Dr GILS, médecin major de 1re classe, chef de l'hôpital militaire de Briançon, 1 vol. in-18 de 350 pages. Prix : 4 francs.

Cette petite monographie du rôle militaire du médecin sera lue avec fruit par tous les membres du corps de santé, et surtout par ceux qui appartiennent à la réserve et à la territoriale. On y trouve tous les renseignements techniques nécessaires sur le rôle du médecin au point de vue du service, et en outre une étude très intéressante sur la situation et les devoirs moraux qui incombent en toute circonstance à l'officier du corps de santé.

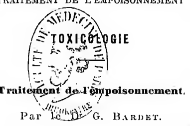
Hygiène publique.

Mariages consanguins et dégénérescence, par le Dr E. LAURENT, 1 vol. in-18 cartonné, de 70 pages. Prix : 2 francs (Maloine, éditeur).

En quelques pages très commentées, l'auteur étudie, avec chiffres statistiques à l'appui, l'influence néfaste de la consanguinité chez l'homme et chez les animaux. Le livre est lu rapidement et traite très sérieusement cette intéressante question à l'ordre du jour, à cette heure où l'on s'intéresse à tout ce qui peut être une cause de dépopulation.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 173.11.95.



Traitement de l'empoisonnement.

Par le Dr G. BARDET.

Il arrive très fréquemment que le médecin se trouve appelé auprès d'un malade qui vient d'être empoisonné, volontairement ou accidentellement. Dans ces cas beaucoup de praticiens se trouvent embarrassés; les traités de toxicologie sont surtout remplis de notions de physiologie et de chimie et la partie traitement y est le plus souvent sacrifiée.

De plus, si l'on envisage les indications thérapeutiques qui sont fournies par la plupart des auteurs, on trouve une quantité considérable de prescriptions vieillies, parfois dangereuses et le plus souvent inutiles.

Il nous a donc paru intéressant de profiter des éléments d'un travail que nous avons fait pour l'article *empoisonnement* : *Traité de thérapeutique* de M. Albert Robin (1) et de grouper dans un petit nombre d'articles le traitement des principaux cas d'empoisonnement en nous attachant à ne prescrire que des mesures logiques et aussi peu nombreuses que possible, pensant rendre ainsi service à quelques-uns de nos lecteurs.

Généralités.

Il y a empoisonnement lorsqu'une substance capable de nuire a été introduite dans l'organisme.

(1) *Traité de thérapeutique appliquée* publié sous la direction de Albert Robin, 2e fascicule, Rueff et Cie éditeur, Paris, 1895.

Quoique les effets directs de contact soient les mêmes, l'application extérieure d'une drogue irritante ou corrosive ne provoque pas d'empoisonnement, il y a seulement une action pathologique qui relève de la chirurgie. L'empoisonnement ne commence que lorsqu'il y a introduction dans la circulation d'une quantité suffisante du poison. Ainsi l'application d'acide phénique sur la peau provoque une brûlure, dont le traitement appartient au chirurgien, mais après dénudation de la peau attaquée il peut y avoir introduction du poison dans l'organisme, à ce moment des phénomènes généraux, de véritables empoisonnements se manifesteront et c'est le médecin qui sera chargé de combattre par des moyens appropriés l'intoxication dont souffrira le malade.

Toute substance capable de nuire est poison, donc l'intoxication pourra provenir de l'introduction dans l'organisme d'un poison extérieur ou d'un poison propre à l'organisme lui-même.

Dans la première hypothèse, la fièvre typhoïde serait un empoisonnement aussi bien que le morphinisme; dans la seconde l'embarras gastrique dû à la résorption des toxines de l'intestin, serait une intoxication au même titre que l'absorption d'une dose toxique d'atropine.

Cette manière de voir, en rapport avec l'état actuel de la science, élargit singulièrement notre sujet, mais il le complique en même temps d'une telle façon qu'il est nécessaire de rétrécir le cadre, au moins dans l'exposé des données pratiques et usuelles du traitement de l'empoisonnement.

Nous en pouvons cependant tirer une indication précieuse pour le tracé des grandes lignes de la thérapeutique des empoisonnements.

Il faudrait en effet considérer ceux-ci comme de véritables maladies et les traiter comme telles.

Au point de vue du diagnostic, l'intoxication typhoïde ou toxinique quelconque est due à une cause plus ou moins obscure et d'origine souvent inconnue et toujours involontaire. L'empoisonnement au contraire est dû à l'introduction dans l'organisme d'une substance déterminée, presque toujours connue et parfois introduite volontairement dans la circulation.

Mais, au point de vue des effets, l'évolution des phénomènes se ressemble singulièrement, l'organisme est troublé dans son fonctionnement général, certains organes sont plus particulièrement impressionnés et il en résulte un état pathologique spécial presque toujours facile à reconnaître.

En cas d'empoisonnement, le médecin a donc un rôle tout tracé, c'est de reconnaître le plus rapidement possible, en se servant des signes mis en évidence par le toxicologue, le poison absorbé et par suite le genre de la maladie provoquée. Cela fait il a devant lui un malade atteint d'une affection particulière et il doit le soigner, suivant le cas, comme il traiterait un malade atteint de la même façon et dans les mêmes organes par une cause se rattachant à la pathologie générale.

En effet, le temps des contre-poisons et des antidotes a vécu, la doctrine des antagonistes doit être considérée comme surannée et le médecin qui veut rendre de réels services à son malade, en cas d'empoisonnement, doit voir les choses d'une façon beaucoup plus rationnelle et plus simple qu'autrefois.

Je m'explique :

Voici un sujet empoisonné par la strychnine. Il est atteint de crises convulsives des plus dramatiques dont chacune menace de mettre l'individu dans l'impossibilité de suffire aux fonctions circulatoires et respiratoires. Le centre médullaire est touché énergiquement et tout le système moteur est dans un état d'hyperexcitabilité.

Si nous suivions les vieux toxicologues, nous devrions : 1° chercher à évacuer le poison par des vomitifs et par des saignées; 2° administrer des réactifs capables de faire avec la strychnine des sels insolubles dans l'eau et les acides; 3° donner des antidotes ou antagonistes appropriés.

Mais en suivant la méthode nouvelle nous considérerons le strychnisme comme un état pathologique établi, dans lequel il faut surtout chercher à éliminer le poison en mettant l'organisme à même de résister aux phénomènes propres à la maladie, c'est-à-dire en cherchant à diminuer, sinon à supprimer, l'énergie des convulsions dues à l'état d'hypersténie de la moelle. Dans ces conditions, nous nous garderons bien d'administrer des vomitifs de peur de superposer une intoxication nouvelle à la première, dans un organisme déjà affaibli, mais nous laverons l'estomac avec le tube de Debove en ajoutant (seulement par acquit de conscience) à l'eau du lavage un précipitant de la strychnine.

Nous éviterons l'emploi d'un antagoniste (curare par exemple) qui est toujours un autre poison, mais nous administrerons les médicaments capables de lutter contre l'irritation de la moelle, chloroforme et chloral en inhalation et en injections hypodermiques ou même veineuses d'après la méthode d'Oré, malgré le danger de ces dernières.

Nous aurons ainsi chance de diminuer les crises convulsives. En même temps nous augmenterons l'activité éliminatoire du rein par des moyens appropriés, au besoin par des injections veineuses de sérum artificiel.

Ces prescriptions sont logiques et répondent bien à la manière de voir que nous exposons.

Celle-ci d'ailleurs possède un autre avantage, c'est de simplifier la classification de l'empoisonnement en groupant ensemble les drogues susceptibles de produire sinon les mêmes effets au moins des effets du même ordre, c'est-à-

dire d'attaquer les mêmes organes et en les combattant alors par les mêmes procédés.

Dans ces conditions, après un court chapitre destiné à donner à grands traits la thérapeutique générale des empoisonnements, nous diviserons notre sujet de la manière suivante :

I. *Poisons susceptibles d'exercer une action locale.* — Les substances de ce groupe exercent une action irritative et destructive sur les tissus qu'elles touchent, ce sont les *acides* et les *sels acides*, les *bases* et *sels basiques*, enfin toutes les substances minérales, végétales ou animales irritantes.

Ces poisons, quelque différente que puisse être leur constitution ou leur nature, ont une action à peu près semblable, ils provoquent une réaction générale, inflammatoire et dépressive, proportionnelle à la surface touchée, la thérapeutique que nous pouvons leur opposer est presque toujours la même.

En conséquence les subdivisions à établir sont peu nombreuses.

II. *Poisons qui exercent une action générale, après introduction dans la circulation.* — Ce groupe, beaucoup plus important que le premier, comprend en réalité toutes les substances généralement connues sous le nom de poisons.

Pour plus de clarté dans l'exposition et en ne tenant compte que des phénomènes dominants de l'empoisonnement nous établirons les groupements suivants :

Poisons du cerveau et du système nerveux sensible.

Poisons du système nerveux moteur.

Poisons du cœur.

Poisons respiratoires.

Poisons généraux.

Nous ne nous dissimulons pas que cette classification est

tout empirique. L'action des drogues est d'une complexité beaucoup plus grande, le plus souvent les divers systèmes sont successivement touchés les uns après les autres et il est bien difficile, dans le plus grand nombre des cas, d'attribuer à un poison une action absolument élective. Mais cependant, dans la crise physiologique il y a presque toujours une dominante et c'est elle qui nous guidera pour étudier les divers agents d'empoisonnement.

Cette classification et surtout les rattachements que nous y ferons des divers substances, s'écartent beaucoup des groupements d'Orfila, de Tardieu de Rabuteau et des autres toxicologues, mais elle a pour effet de simplifier l'exposé de la thérapeutique de l'empoisonnement, ce qui nous a amené à la préférer sans que nous ayons la prétention de lui reconnaître une valeur quelconque.

Pour nous en tenir à la donnée réelle de ce travail nous devrions passer sous silence la scène toxique et nous consacrer exclusivement à la thérapeutique. Cependant, comme il est bien difficile d'appuyer un traitement sans parler au moins des symptômes généraux de l'empoisonnement, nous ferons précéder les indications thérapeutiques d'une courte revue des phénomènes toxiques.

Il va sans dire que dans un travail aussi court que celui-ci il est impossible de consacrer un article spécial à chacun des toxiques. Nous tracerons donc seulement les grandes lignes du traitement, en tenant compte de la communauté, toujours fréquente, des indications et nous nous contenterons de donner une courte note spéciale aux divers poisons quand la chose sera absolument nécessaire.

Thérapeutique générale de l'empoisonnement.

Tout médecin appelé auprès d'une personne atteinte d'intoxication est capable de rendre les plus grands ser-

vices à son malade, s'il connaît bien sa thérapeutique, s'il raisonne bien, s'il est secondé par un pharmacien intelligent c'est-à-dire assez consciencieux pour avoir toujours dans son officine les substances qui peuvent être nécessaire en cas de danger.

Malheureusement, il règne encore tant d'incertitude dans la manière de traiter l'intoxication, que le médecin, d'une part, et le pharmacien, d'autre part, se trouvent trop souvent désarmés dans beaucoup de cas. Et cependant il y a un bien petit nombre d'indications importantes à remplir et avec un peu de prévoyance, il serait facile aux intéressés d'être toujours parés aux plus pressantes nécessités.

Dans une intoxication il y a deux phases bien différentes, d'abord la scène toxique aiguë, toujours inquiétante, parfois dramatique, où la vie du malade est dans un danger imminent et pendant laquelle l'intervention est urgente; puis après cette première scène s'établit la seconde partie de l'empoisonnement, qui devient chronique et pendant laquelle le médecin n'a plus devant lui qu'un malade ordinaire chez lequel la thérapeutique devient facile à prescrire comme à exécuter.

C'est seulement pendant la scène aiguë, qu'il est nécessaire d'agir avec rapidité et vigueur; or, dans tous les cas les indications varient peu, il faut être prêt à évacuer rapidement le contenu de l'estomac, ce qui est une indication capitale et pour cela se servir d'un tube à lavage quelconque. L'emploi de l'ipéca, de l'émétique ou de l'apomorphine comme vomitifs doit être aujourd'hui condamné dans les empoisonnements par poisons généraux; on doit leur préférer la moutarde et le sulfate de zinc, et encore cette pratique doit-elle être abandonnée au traitement de l'intoxication pour certains poisons corrosifs, quoique, même dans ce dernier cas, le vomitif soit de beaucoup inférieur au procédé mécanique du lavage, qui a le grand avantage

d'entraîner les particules du poison logées dans les moindres replis de la muqueuse. Le tube à lavage est donc un appareil d'urgence que l'on doit toujours être à même de se procurer dans un très court intervalle de temps ; il serait donc très utile d'en prescrire la possession aux pharmaciens.

Le liquide du lavage pourra, suivant les indications spéciales, être soit de l'eau pure ou glacée, soit une solution de calmants quelconque, surtout de cocaïne (0gr,10 à 0gr,50 par litre, par exemple en cas de brûlure de l'estomac). Si l'on arrive à temps, on peut aussi espérer détruire sur place une partie du toxique en ajoutant à l'eau de lavage une petite quantité de réactif susceptible de former un sel insoluble avec le poison.

Aussitôt après le lavage de l'estomac on doit terminer, quand il s'agit d'un empoisonnement général, par le dépôt d'une dose assez élevée de purgatif. Au besoin on pourra avantageusement ajouter à cette précaution l'administration d'un lavement purgatif, c'est un excellent moyen d'amener une évacuation rapide du poison passé dans l'intestin et de favoriser l'élimination de celui qui a déjà pu être entraîné dans la circulation générale.

Si l'urgence est sérieuse, le médecin peut aussi utiliser le tube, après lavage, pour déposer dans l'estomac une certaine quantité de médicaments (café noir par exemple en cas d'intoxication par l'opium), particulièrement des diurétiques, car il est important de ne pas oublier le rein dans l'élimination du poison.

Après le lavage de l'estomac et l'administration d'évacuants, il se présente rarement plus de quatre grandes indications dans la crise aiguë des empoisonnements, indications qui correspondent aux troubles nerveux les plus inquiétants pour le malade et qui sont les suivants :

1. Le malade a de l'anémie cérébrale ou de la syncope.

2. Le malade a de l'asphyxie, soit par trouble fonctionnel du côté de l'appareil respiratoire, soit par suite de troubles chimiques du côté du sang.

3. Le malade tombe dans le collapsus par paralysie cérébrale.

4. Au contraire, le malade a une excitation considérable du système nerveux, avec ou sans crises convulsives.

Dans tous ces cas l'intervention est urgente, et pour intervenir il faut posséder les armes nécessaires qui sont :

1° Les inhalations de *nitrite d'amyle*, puis les injections de *caféine* ou l'ingestion de préparations à base de *trinitrine* ou nitro-glycérine, contre la syncope ;

2° Les *inhalations d'oxygène* toutes les fois où la respiration est compromise et l'asphyxie imminente, et quel qu'en soit la cause. Comme moyen ultime on peut combiner à ce moyen la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue ;

3° Les stimulants généraux et particulièrement les *injections hypodermiques d'éther* dans le collapsus ;

4° Les calmants et surtout le *chloral* ou le *chloroforme* en cas d'excitation et de convulsions.

Le *nitrite d'amyle* employé en inhalations, à la dose de quelques gouttes sur un mouchoir ou sur un tampon d'ouate hydrophile, jouit de la propriété de provoquer immédiatement un état congestif de la région céphalique, il est donc le meilleur agent capable de lutter contre l'anémie cérébrale et l'état syncopal qui la suit. A ce titre le nitrite d'amyle est un médicament précieux qui mérite mieux que le quasi oubli dans lequel on le tenait hier encore, probablement par ignorance de ses propriétés. Une récente discussion provoquée par le professeur Hayem à la Société de médecine des hôpitaux vient de rappeler l'attention sur ce précieux agent.

La *trinitrine*, nom chimique de la *nitroglycérine*, et la

caféine ont des effets identiques, quoique plus lents, elles peuvent toutes deux s'employer par l'estomac ou par la voie hypodermique.

On emploie la trinitrine à l'état de solution officinale dans l'alcool à raison de 1 de produit actif pour 99 parties d'alcool à 90°. La dose maxima est de 3 à 6 gouttes en cas d'empoisonnement, diluée dans un peu d'eau. Pour la voie hypodermique on peut employer la formule suivante :

Eau distillée	10 grammes.
Solution au centième de trinitrine	30 gouttes.

On connait le mécanisme de l'action de l'oxygène et de l'éther, nous n'avons donc pas à insister sur ce sujet.

Le chloroforme est un excellent antispasmodique par son action rapide sur les centres nerveux. Il rendra donc d'excellents services dans les cas de crises convulsives et d'agitation violente consécutives à une intoxication, mais il va sans dire que son emploi doit être délaissé toutes les fois où l'empoisonnement aura touché le cœur.

Le chloral administré à haute dose en potion ou en injections hypodermiques fournit une arme puissante contre les convulsions cloniques et toniques. Le professeur Lewin, dans son travail sur l'empoisonnement et sa thérapeutique rejette pourtant ce procédé en raison de son action certaine sur le cœur.

Nous ne partageons pas l'avis de l'éminent auteur sur ce sujet et nous pensons au contraire que le chloral est le meilleur sinon l'unique agent thérapeutique à opposer à l'intoxication convulsive.

Le cas de Faucon et Debierre, après un empoisonnement par dose massive de strychnine est là pour le prouver.

Il est toujours facile de se procurer en quelques instants du chloral, du chloroforme ou de l'éther, mais il n'en est pas de même des autres produits. Beaucoup de pharma-

ciens manquent de nitrite d'amyle ou de trinitrine et bien peu sont en mesure de fabriquer instantanément une certaine quantité d'oxygène.

Or on peut affirmer que si le médecin pouvait toujours avoir à sa disposition des ballons d'oxygène, il serait à même de sauver bien des malades, noyés, puisatiers ou vidangeurs asphyxiés par des émanations toxiques, asphyxiés par l'oxyde de carbone ou le gaz d'éclairage, etc.

D'autre part, une grande quantité de poisons alcaloïdiques provoquent de l'anémie cérébrale avec des crises de syncope et ces symptômes graves seraient combattus avec le plus grand avantage par le nitrite d'amyle.

Nous recommandons donc à nos confrères l'étude de ces *desiderata*, croyant qu'il suffirait d'un conseil donné aux pharmaciens de leur voisinage, pour les mettre à même de posséder en cas de besoin les armes les plus nécessaires pour combattre l'empoisonnement.

Poisons exerçant une action locale.

§ 1er. Groupement des poisons. — Les substances capables d'attaquer les tissus sont nombreuses.

En première ligne viennent les acides et les sels acides qui se rencontrent dans le commerce et sont employés à des usages commerciaux : acides minéraux et en première ligne l'*acide sulfurique*, puis les acides *chlorhydriques* et certains chlorures corrosifs tels que le *sublimé*, le *perchlorure de fer* et le *chlorure de zinc*; l'*acide azotique*, les *nitrates acides* ou caustiques, tels que le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure qui agissent d'abord comme corrosifs avant de provoquer des troubles généraux, l'acide *acétique*, l'acide *tartrique*, l'acide *oxalique* et l'*oxalate* acide de potasse, l'acide *phénique*, etc.

A côté des acides peuvent se grouper quelques corps tels que le *chlore*, l'*iode* et le *brome* dont l'action est corrosive au même titre, et aussi les *hypochlorites* qui agissent par le chlore qu'ils dégagent.

Les bases alcalines, *potasse* et *soude*, et leurs *carbonates* neutre, l'*ammoniaque*, occasionnent aussi d'assez fréquents empoisonnements.

Dans les règnes végétal et animal, une grande quantité de plantes ou d'animaux peuvent fournir des produits capables d'exercer une action irritante, violente et dangereuse, tels le *croton*, le *mancenilier*, les *poivres*, *cantharides*, etc.

En un mot toute substance minérale ou organique, capable d'irriter ou altérer les tissus, agira comme toxique quand ils seront ingérés.

§ 2. Intoxication. — La scène toxique, dans l'empoisonnement par substances corrosives, peut être aiguë ou devenir chronique ; on peut observer des phénomènes généraux après les phénomènes locaux.

Le premier effet du poison est d'occasionner une irritation violente qui se produit, avec les acides ou sels acides, par une altération des muqueuses, dont la couche épithéliale est d'abord détruite puis par des désordres plus ou moins importants dans les tissus profonds, lésions qui peuvent aller jusqu'à la perforation des organes, surtout de l'estomac et de l'œsophage.

Ces désordres, purement physiques, s'accompagnent de vomissements et de douleurs violentes et, par réflexe, d'un état nerveux grave, occasionné par le *schok* traumatique éprouvé par le malade. Aussi dans bien des cas le patient tombe-t-il dans le collapsus et meurt-il avant même qu'une réaction inflammatoire ait pu se produire.

Dans d'autres cas le malade succombe au bout de quelques jours seulement, soit après des perforations viscérales, qui entraînent une péritonite, soit après les phénomènes inflammatoires et infectieux qui suivent l'escharrification du tube digestif.

Au cas où le malade survit, il persiste toujours des accidents graves du côté des organes digestifs, rétrécissements ou même atrésie complète ; dans tous les cas, il reste un état de gastrite aiguë qui demande des soins longs et minutieux.

Ces phénomènes sont surtout ceux qui accompagnent l'intoxication par les acides et les bases ou leurs sels ; la scène pathologique ne dépasse presque jamais l'estomac, cependant il faut noter qu'avec les alcalins (potasse et soude) il y a des évacuations alvines abondantes, tandis qu'avec les acides la constipation est presque toujours la règle.

L'acide *sulfureux*, le *chlore*, le *brome*, l'*ammoniaque*, produisent une inflammation locale s'ils sont absorbés, mais c'est là un cas des plus rares et le plus souvent ils produisent surtout des désordres par inhalation. Dans ce cas les terminaisons bronchiques sont violemment irritées, cautérisées, d'où altération de l'épithélium et congestion pulmonaire intense parfois très grave, pouvant amener une pneumonie mortelle.

L'acide *oxalique* est capable d'agir comme irritant local, mais il amène en même temps des phénomènes généraux qui en font un poison respiratoire ou du sang.

Il est d'autres acides capables de produire des effets généraux après avoir été introduits dans l'économie, en outre des effets locaux de destruction qu'ils peuvent causer par simple contact ; ce sont les acides aromatiques du genre phénol, tels que l'acide phénique et l'acide crésylique. Leur thérapeutique relève naturellement des toxiques du

même genre et nous les retrouverons dans les chapitres suivants.

Les substances végétales ou animales irritantes provoquent, comme les acides et les bases, une action locale violente, mais la destruction des parties touchées est moins vive, moins brutale, il y a surtout une phlogose intense, qui tend à devenir chronique. Avec la cantharide il se produit une action générale et une irritation rénale bien connue.

§ 3. Traitement. — Le résumé pathologique que nous venons de faire nous a montré que les désordres qui commandent l'intervention sont les suivants : *destruction des tissus* par action chimique, *douleur*, *collapsus* et, en cas de période chronique, *phlegmasies viscérales* prolongées.

C'est donc à ces éléments morbides que le médecin doit chercher à s'attaquer le plus tôt possible, attendu que le temps presse.

L'évacuation rapide du poison est nécessaire, pour cela on fera si l'on peut un lavage au tube ou à la pompe avec un lait de chaux ou de magnésie, de craie ou même de cendres, s'il s'agit d'acides. Au contraire, si le malade a avalé de la soude ou de la potasse, ou un sel basique, le lavage sera fait avec une solution acide étendue, eau vinaigrée par exemple. S'il s'agit d'un empoisonnement par sel caustique métallique, on ajoutera à l'eau de lavage un sel capable de faire avec le poison un autre sel insoluble : eau albumineuse salée pour le nitrate d'argent, eau albumineuse simple ou lait pour le nitrate acide de mercure.

Le lavage doit être rapide et prolongé. Si le lavage mécanique est impossible on fera boire abondamment le malade et l'on tâchera d'évacuer le liquide médicamenteux ingéré, par vomissement provoqué mécaniquement, plutôt que par vomitif, ceux-ci seront employés seulement en cas d'absorption de poudres végétales irritantes.

Contre la douleur atroce qui torture le malade on administrera avantageusement une solution de cocaïne (0gr,10 à 0gr,50 pour un litre d'eau), prise à raison d'une cuillerée à soupe de temps en temps. Si le malade est fatalement condamné, en raison de la nature et de la quantité de poison ingéré, le médecin ne doit pas hésiter à calmer par des injections répétées de morphines les intolérables douleurs du malheureux.

Contre le collapsus, le refroidissement et l'état nerveux spécial à ces empoisonnements par corrosifs, on emploiera les stimulants généraux, mais par voie hypodermique, car on conçoit sans peine qu'il faille, autant que possible, ménager l'estomac dont l'état inflammatoire rend d'ailleurs très douteuse la faculté d'absorption.

En cas de convalescence ou d'inflammation viscérale chronique, la diète la plus sévère doit être gardée par le malade, le régime lacté est même la règle. Il ne faut pas oublier en effet que, dans bien des cas, la mort survient des semaines après la crise aiguë, à la suite de larges escharrifications.

Pour prévenir l'état infectieux que ne manquent pas d'amener ces larges escharres, il est prudent d'instituer, pour les convalescents, un traitement antiseptique interne.

Les phénomènes congestifs pulmonaires dus à l'inhalation de vapeur ou de gaz irritants (chlore, brome, acide sulfureux, ammoniaque) doivent être combattus comme les accidents pulmonaires du même genre. On a conseillé de faire inhaler au malade des vapeurs telles que l'ammoniaque ou le sulfhydrate d'ammoniaque (pour le chlore), dans le but de neutraliser le gaz toxique. C'est là un procédé dangereux et pour le moins inutile, car le désordre est déjà produit et ne peut que s'accroître par l'inhalation de nouvelles vapeurs toxiques d'un autre genre.

Pour le chlore et le brome nous pouvons conseiller la

respiration de vapeurs d'alcool éthylique, qui au moins n'offrent aucun danger et peuvent, théoriquement tout au moins, transformer le chlore en éther chlorhydrique non irritant et au contraire anesthésique.

La respiration d'un peu d'oxygène, pour compléter la respiration, devenue trop amoindrie par la congestion pulmonaire, est le meilleur traitement de ce genre d'intoxication par le poumon. On y peut ajouter des inhalations calmantes de vapeurs anesthésiques.

L'empoisonnement par la cantharide, en outre de l'action irritante locale et des réactions qu'elle provoque, s'accompagne d'une suppression absolue de la fonction rénale. Il en résulte un accès aigu de toxihémie qui doit être traité comme l'accès d'urémie, en outre du traitement local approprié d'après les données générales que nous avons indiquées.

Les phénomènes locaux produits par l'ingestion des substances végétales irritantes, croton, essences aromatiques, poivres, résines d'euphorbe, farine de moutarde, seraient traités par la même méthode, c'est-à-dire évacuation et lavage ou au défaut de celui-ci, vomitifs, boissons émollientes, cocaïne, opium, régime lacté et antisepsie interne. En général, quoique l'état général réflexe puisse produire des accidents graves et même la mort, les phénomènes sont moins inquiétants qu'avec les acides et les bases fortes *si la première période peut être surmontée heureusement par le malade*, dans ce cas la guérison est la règle après une convalescence plus ou moins longue et pénible ; avec ces derniers au contraire la mort est toujours à craindre, même après des semaines de traitement et on peut comparer la convalescence des brûlures internes par acides et bases à la convalescence des fièvres typhoïdes très graves.

(*A suivre.*)

ODONTOLOGIE

Traitement de la maladie de Fauchard,

Par F. TOUCHARD,
Chirurgien dentiste de la Faculté de médecine,
Professeur suppléant à l'école dentaire de Paris.

Le traitement de la maladie de Fauchard, gingivite expulsive, pyorrhée alvéolo-dentaire, comprend deux ordres d'indications :

Celles qui sont relatives à l'état général;

Celles qui dérivent de l'état local.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de cette affection, Fauchard et Jourdain, la considéraient comme incurable, regardaient la perte des dents comme fatale et devant survenir à bref délai et en conseillaient l'extraction comme le seul moyen de guérison; mais cette extraction ne fait que devancer de peu la chute spontanée et n'a même pas, comme on l'a cru, l'avantage de limiter la maladie.

Bourdet et Toirac songèrent à soigner la dent et à la conserver et eurent recours au traitement chirurgical, mais sans succès.

La plupart considérant l'affection comme au-dessus des ressources de l'art, se contentèrent d'un traitement palliatif, d'une thérapeutique de symptômes : limage des dents devenues trop longues, ligature des dents ébranlées à l'aide d'un fil en florence (Guebey) ou d'un fil d'argent, cravate de coton autour de l'ivoire dénudé des racines pour diminuer la sensibilité aux températures extrêmes pendant l'ingestion des liquides (David), traitement de la gingivite par les dérivatifs, sétons, purgatifs (Oudet), cautérisation au nitrate d'argent, application d'alun (Velpeau et Bauchet) attouche-

ment à la teinture d'iode (Marchal et Delestre), au perchlorure de fer (Vidal), au chlorure de zinc (Després).

Magitot préfère l'emploi de l'acide chromique qu'il promène sur la partie antérieure du collet de la dent après avoir enlevé les dépôts de tartre. Il y adjoint les pastilles de chlorate de potasse à la dose de 1 à 3 grammes par jour, les émissions sanguines locales au moment des poussées inflammatoires contre l'atonie des gencives, il emploie aussi les teintures de cochléaria et de cresson du Para en attouchements, les frictions avec des quartiers d'oranges et de citron, et comme traitement général, des dérivatifs, des toniques, des purgatifs doux et répétés, l'hydrothérapie.

Aguilhon de Sarran est aussi partisan de l'acide chromique, mais à la condition qu'on y adjoigne un moyen d'empêcher la suppuration ou tout au moins de drainer le clapier purulent; ce moyen consiste pour lui à traverser le fond du clapier par un séton de soie floche qu'on laisse en place. La difficulté opératoire et le drainage insuffisant ont fait abandonner le procédé.

M. Després, se basant sur sa théorie pathogénique, préconise aussi l'extraction de la dent qui peut être utile dans certains cas, mais dont les indications sont limitées aux dents trop resserrées dans une arcade alvéolaire trop étroite. Andrieu a proposé également chez l'enfant l'extraction de la première grosse molaire inférieure pour faire place aux autres comme moyen préventif au début.

Nous arrivons maintenant au traitement chirurgical employé encore actuellement par quelques auteurs.

Bourdet et Toirac pratiquaient la section d'un lambeau de gencive en forme de V, la pointe dirigée vers le sommet de la dent, avec cautérisation sur les bords de la plaie. C'est ce traitement que préconise le docteur Cruet avec plus de rigueur et auquel il donne le nom de méthode chirurgicale.

La méthode de Toirac est ainsi modifiée par Cruet (Th. de

Richer) : excision combinée à la cautérisation énergique; incision aux ciseaux de la gencive jusqu'au fond du sillon de décollement, section des lambeaux latéraux, le plus près possible de la limite de décollement. Le galvanocautère est énergiquement promené sur les bords de la plaie : on se sert de la cocaïne, au besoin; avant l'opération, nettoyage complet de la bouche et enlèvement du tartre; après l'opération, lavage avec des solutions antiseptiques à l'acide borique, salicylique ou phénique, avec le sublimé, etc. Ce traitement peut se faire quand l'affection ne s'étend pas à plus de deux ou trois dents, mais les dents se trouvent ainsi déchaussées sur une hauteur variable, ce qui donne un aspect horrible à la bouche dans les cas étendus; c'est alors un procédé barbare que tout le monde n'accepte pas volontiers.

D'ailleurs, le tartre se reproduit de même que la suppuration et tout est à recommencer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de gencives.

On emploie aussi un traitement chirurgical connu sous le nom de méthode de Riggs, qui consiste à racler la dent aussi profondément qu'il est possible et à réséquer le bord alvéolaire. Cette méthode est presque abandonnée. En 1883 le docteur Ferrier, cité dans la thèse de Richer, emploie un traitement peu différent de celui de Cruet; il fait son incision au galvanocautère et cautérise à l'acide chromique. Le docteur Galippe recommande la destruction partielle du rebord gingival, pour supprimer les clapiers, suivie de lavages au sublimé. Comme on peut s'en rendre facilement compte aujourd'hui avec les connaissances bactériologiques actuelles, la plupart des caustiques agissent surtout comme des agents antiseptiques énergiques.

Les méthodes américaines d'Atkinson et de Harlan sont une combinaison des caustiques et des antiseptiques. Atkinson emploie tout d'abord dans la période d'état et

quand il y a congestion l'eau de Rabel injectée à la dose de quelques gouttes dans les poches alvéolaires ; puis il applique à plusieurs reprises une pâte composée de potasse caustique et d'acide phénique ; il complète par des irrigations intra-alvéolaires de solutions hydrargyriques à 1 ou 2 p. 1,000, mélangées à parties égales d'eau oxygénée pure, et des gargarismes au naphtol.

Harlan emploie des moyens peu différents : comme stimulant 5 à 10 p. 100 de solution de résorcine ou une faible solution d'iodure de zinc, après nettoyage complet avec le peroxyde d'hydrogène.

Tous les traitements que nous venons de passer en revue ont été expérimentés par Dubois sans résultats satisfaisants : toutefois cet auteur n'a pas essayé le blindage avec une coiffe de cuivre fixée aux dents solides, préconisé par Atkinson et que nous ne faisons que mentionner, car il est peu pratique et laisse les dents atteintes baignées dans le pus. Nous ne retiendrons des deux auteurs américains Atkinson et Harlan qu'un seul agent employé par eux et par Dubois, l'eau oxygénée. Voici ce qu'en dit ce dernier auteur :

« L'eau oxygénée est un des meilleurs médicaments à employer contre cette affection (la maladie de Fauchard), fût-elle même légèrement acide : à son contact, le tartre se dissoud, le microbe meurt, les tissus subissent une excitation réparatrice, nous ne saurions trop en recommander l'emploi par le dentiste lui-même, car entre les mains du patient elle pourrait par l'usage prolongé amener une décalcification partielle. » Comme Harlan, Dubois a administré l'eau oxygénée à l'aide d'une seringue dentaire munie d'une canule aiguille glissée entre la dent et la gencive.

Nous sommes absolument de l'avis de notre confrère Dubois sur la valeur de l'eau oxygénée, qui nous a donné des résultats merveilleux dans cette affection comme anti-

septique surtout, aussi bien dans les formes sèches que dans les formes suppurées, mais à une condition, c'est qu'on applique en même temps un traitement général agissant à la fois sur la diathèse arthritique et goutteuse du malade et empêchant la formation du tartre et surtout la reproduction de ce tartre qui contribue à étendre la lésion en profondeur.

Depuis plusieurs années déjà, nous avons expérimenté la valeur thérapeutique et antiseptique de l'eau oxygénée et nous sommes arrivé à ne plus employer que cet agent, qui pour nous est de beaucoup supérieur à tous les autres. L'objection que fait notre confrère Dubois est un peu exagérée, car l'eau oxygénée, même à 12 volumes, ne peut agir que bien faiblement sur la dent au point de vue de la décalcification, et encore faudrait-il que la dent séjournât pendant longtemps dans un bain d'eau oxygénée comme nos expériences nous l'ont démontré, et ce n'est guère qu'au bout d'une dizaine de jours que cette substance peut attaquer l'émail quand la dent y a été laissée.

Voici donc comment nous procédons dans le traitement de la maladie de Fauchard : nous commençons par un nettoyage complet et rigoureux des dents, comme d'ailleurs la plupart des praticiens le préconisent. Après avoir enlevé avec les instruments *ad hoc* et préalablement stérilisés les couches de tartre les plus épaisses, et particulièrement le cercle semi-lunaire en coup d'ongle qui suit le déchaussement progressif de la dent, nous irriguons la gencive jusqu'à propreté complète, et après avoir vidé totalement les foyers alvéolaires s'il y a suppuration ; nous employons comme révulsif et tonique de la gencive un badigeonnage à la teinture d'iode. Tel est le *modus faciendi* dans les cas simples ou lorsque l'affection est prise au début. Dans les cas plus avancés, lorsque la dent est ébranlée ou lorsqu'il y a periostite alvéolo-dentaire avec

suppuration profonde, nous ne craignons pas, à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille de platine iridié préalablement rougie, de faire pénétrer vigoureusement le liquide entre la gencive et le périoste en procédant très lentement pour favoriser le contact du liquide avec les parties atteintes.

Lorsqu'il y a ostéo-périostite, nous commençons par le même procédé, auquel nous ajoutons une injection intra-gingivale qui amène une révulsion favorable à l'élimination des agents septiques et oppose un obstacle à leur rapprochement en entraînant en quelque sorte la régénération des tissus gingivaux par oxydation du territoire inflammé. Ce traitement n'occasionne qu'une douleur légère et momentanée et n'a rien de la cruauté du traitement chirurgical préconisé par certains. Nos expériences nous ont même démontré que si une dent malade est isolée des autres, avec ce traitement nous n'avons même pas besoin d'avoir recours à l'adjonction de moyens contentifs destinés à la maintenir à l'aide de ses voisines.

Dès le lendemain du traitement, on voit déjà le tissu gingival débarrassé de l'enduit limoneux qui le recouvrait, perdre son caractère atone, violacé, prendre un aspect plus vivace, s'accoler à la paroi antérieure de la dent qui devient plus solide et empêcher au bout de quelques jours (de trois jours à trois semaines suivant les formes), la suppuration étant tarie, le tartre de venir s'interposer entre la dent et la gencive; enfin on voit la dent elle-même s'acheminer vers la consolidation. Mais ce traitement seul ne peut suffire à arrêter dans l'avenir la reproduction du tartre spécial à la diathèse du sujet. Il faut donc y joindre, même pendant le traitement local, un traitement général de la maladie et de la diathèse; pour nous la substance médicamenteuse la plus utile, et peut-être la seule qui empêche la formation du tartre et modifie la lithiase buccale, n'est

autre que le carbonate de lithine dont l'action dissolvante de l'acide urique et des urates est bien connue (Bouchard, Garrod, Bardet). On administre le carbonate de lithine à la dose de cinquante centigrammes dans un verre d'eau de seltz par vingt-quatre heures et nos malades, après l'amélioration produite par ce traitement combiné, sont justiciables du traitement prophylactique.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'un des points les plus importants de la thérapeutique, c'est le traitement prophylactique de la maladie de Fauchard qui consiste à éviter les brosses trop dures et l'abus des dentifrices irritants. Il faudra corriger aussi les vices de position des dents et ne pas craindre de faire extraire préventivement certaines dents. On a proposé d'extraire les quatre dents de sagesse cariées quand les autres sont trop serrées. Contre l'infection microbienne on aura soin de faire nettoyer les dents du patient, pour empêcher l'accumulation du tartre, à l'aide d'une brosse, le matin et le soir ; si malgré ces lavages le tartre continue à se former, le dentiste devra opérer un nettoyage complet et procéder à l'enlèvement de ce dépôt.

Dès l'enfance, pour conserver sa dentition en bon état et éviter les causes qui prédisposent à la maladie de Fauchard, on fera de l'antiseptie buccale, le matin, le soir et après chaque repas avec une solution antiseptique à l'acide borique, au chlorate de potasse, à l'eau phéniquée à 2 p. 1000, etc. Chez les malades atteints d'affections fébriles, de maladies du tube digestif, de diabète, du mal de Bright, on ne négligera pas d'observer une rigoureuse antiseptie, car c'est surtout chez ces sujets que se montre la maladie de Fauchard.

Le traitement préventif peut donc se résumer en deux mots : antiseptie, hygiène de la bouche et des dents dès l'enfance.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne par les vésicatoires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, et des indications de ce traitement.

Par M. le Dr P. Dignat,
Ancien chef de Clinique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(*Fin.*)

Comment agissent les vésicatoires ainsi appliqués au traitement de l'épilepsie partielle ? A la vérité, personne ne le sait. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il semble y avoir là quelque chose d'analogue à ces faits expérimentaux de Brown-Séquard qui, souvent vit des cobayes préalablement rendus épileptiques par des sections nerveuses, guérir après qu'il leur eût fait une plaie sur une partie de la zone épileptogène (1).

D'autre part, on ne sait pas au juste si la forme des vésicatoires exerce une influence réelle. Bravais a publié un cas de guérison obtenue par des applications de vésicatoires rectangulaires. Dans sa thèse, M. Crozes rapporte que M. Pitres a observé des succès avec des vésicatoires affectant cette forme. Buzzard, cependant, déclare que les vésicatoires en collier ou vésicatoires circulaires entourant toute la circonférence du membre doivent avoir la préférence. C'est également notre avis.

Il en est de même en ce qui concerne le point exact

(1) Brown-Séquard. Faits nouveaux concernant la physiologie de l'épilepsie (*Archives de physiologie*, 1870, p. 516).

d'application des vésicatoires. Ceux-ci doivent-ils être appliqués, ainsi que le recommande M. Pitres (voir thèse de Crozes), au niveau même de l'aura, ou simplement au-dessus du point de départ de celle-ci? Selon nous, la question ne semble pas avoir une très grande importance et nous estimons qu'une révulsion circulaire exercée sur le trajet de l'aura, aussi près que possible de son siège périphérique extrême suffit dans la plupart des cas.

Et maintenant, quelles sont les indications du traitement de l'épilepsie partielle par les vésicatoires? C'est là une question des plus importantes et qui, certes, mériterait d'être traitée avec d'assez longs développements.

Il est évident que tous les cas d'épilepsie bravais-jacksonienne ne sauraient être justiciables de ce traitement et que celui-ci serait absolument illusoire lorsqu'il s'agirait, par exemple, d'une épilepsie partielle ayant pour origine, soit un traumatisme du crâne, soit une tumeur cérébrale, soit enfin des lésions syphilitiques des centres nerveux. En pareil cas évidemment, l'intervention chirurgicale, d'une part, le traitement anti-spécifique, d'autre part, semblent seuls devoir être indiqués.

Mais, à côté de ces faits d'épilepsie corticale à étiologie nettement établie, à côté même des épilepsies symptomatiques d'autres affections organiques du système nerveux, telles que l'hydrocéphalie, la porencéphalie, l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement du cerveau, la paralysie cérébrale, la tuberculose, etc., etc., affections en présence desquelles on se trouve à peu près désarmé, il existe une foule de circonstances où l'épilepsie partielle ne constitue que de simples troubles fonctionnels *sine materiâ*.

Or, c'est précisément aux cas de ce genre, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit en général, qu'il convient d'appliquer le traitement par les vésicatoires circulaires.

Nous dirons même plus; c'est par ce traitement seul, à l'exclusion de tout autre, qu'on devra débuter.

Indépendamment, en effet, des nombreuses chances qu'on aura de provoquer rapidement par ce moyen la guérison ou, tout au moins, l'amélioration du malade, on aura aussi la certitude de ne pas lui nuire, et on lui évitera ainsi les désagréments et quelquefois même les dangers d'une médication interne presque toujours impuissante et de ce fait prolongée outre mesure.

A ce sujet, nous citerons le fait suivant, qui nous est encore communiqué par M. Pitres, et qui justifie pleinement ce qui précède.

Thérèse B..., 17 ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, le 25 avril 1893, salle 7, n° 29, service de M. le professeur Pitres.

Antécédents héréditaires. — Son père, ancien huissier, employé depuis 8 ans à la Bourse, est mort l'année dernière, dans le service (salle 16), à l'âge de 47 ans, deux jours après son entrée à l'hôpital. Atteint de paralysie générale depuis huit mois (troubles de la coordination des mouvements et de la parole), il souffrait en même temps d'une maladie d'estomac qui l'obligea à se soumettre au régime lacté. D'un caractère ordinairement sombre et taciturne, il lui arrivait très fréquemment, raconte sa fille, de s'énerver, de s'emporter même, et dans les derniers temps de sa maladie, il était devenu mauvais et méchant. Marié deux fois, il avait eu trois enfants de sa première femme et neuf de la seconde. De ces douze enfants, cinq sont morts, et tous ont succombé très jeunes, à l'exception de l'aîné, un petit garçon, né du premier mariage, lequel se noya accidentellement à l'âge de six ans. Du reste aucun de ces enfants n'avait présenté rien d'anormal. Un seul avait eu deux ou trois fois des convulsions.

La malade est la première enfant née du second mariage.

La mère, actuellement âgée de 37 ans, est en parfaite santé et n'a jamais été malade.

Les grands-parents, du côté paternel existent encore et sont bien portants. Quant à ceux du côté maternel, le grand-père est mort il y a deux mois « d'un coup de sang » et la grand' mère a succombé à un accident.

Rien à noter du côté des collatéraux.

Quant aux frères et sœurs de Thérèse B... encore survivants, tous jouissent d'une bonne santé, et aucun d'eux n'a eu d'affection nerveuse.

Antécédents personnels. — Dans le cours de sa première enfance, Thérèse B... aurait eu, paraît-il, une maladie sur la nature de laquelle il lui est impossible de donner aucun renseignement, mais dont elle guérit en tout cas, puisque, durant sa seconde enfance et jusqu'à l'âge de 11 ans, elle présenta tous les signes d'une parfaite santé.

Maladie actuelle. — Un jour, vers cette époque, elle ressentit brusquement et sans qu'elle ait pu attribuer le fait à aucune cause appréciable, quelques contractures d'abord dans le pouce, puis dans les autres doigts de la main droite. En même temps, la paupière supérieure de l'œil droit était agitée de frémissements. Ni les contractures des doigts, ni les contractures de la paupière n'étaient douloureuses. D'ailleurs, au bout de deux minutes, le tout avait cessé et la malade ne se ressentait absolument de rien.

Les mêmes faits se reproduisirent une fois par mois, pendant six mois environ, toujours dans des conditions absolument identiques. Mais au bout de ce temps, la scène se modifia quelque peu.

Certain jour, en effet, et sans que rien ne pût expliquer ce changement, les contractions qui, au moment de chaque attaque, étaient restées jusqu'alors limitées aux doigts de la main droite, gagnèrent l'avant-bras, puis le bras. D'autre part, les contractions qui, primitivement, étaient localisées à la pau-

pière supérieure droite, envahirent progressivement les divers groupes musculaires du côté droit de la face, puis les muscles du côté droit du cou. Le tout s'accompagnait de douleurs très violentes que la malade caractérise en disant « qu'il lui semblait qu'on lui tordait les nerfs ». Peu après, elle perdait l'usage de la parole, se laissait tomber, conservait encore, mais très vaguement, la notion de ce qui se passait autour d'elle, et finalement, perdait connaissance pendant quelques minutes après lesquelles elle ouvrit les yeux, dit quelques mots, puis s'endormit. A son réveil, elle ne se souvenait de rien.

D'ailleurs, à part peut-être, quelques légers vertiges, l'attaque ne laissa après elle aucun trouble. La malade ne s'était pas mordu la langue, et n'avait pas uriné sous elle.

A partir de ce moment, des crises en tous points semblables à celle-ci se reproduisirent une fois par mois. D'ordinaire il s'en produit deux de suite. La malade prétend même en avoir eu jusqu'à trois. — Une pression énergique du poignet peut souvent arrêter la crise.

Dès le début de ces attaques, soit depuis cinq ans, Thérèse B... a suivi régulièrement le même traitement. Pendant quatre années, elle a pris deux cuillerées de bromure de potassium par jour. Durant la cinquième année, elle en a pris jusqu'à quatre. (La dose moyenne de bromure ainsi absorbé est, après calcul fait, d'environ 6 à 8 grammes par jour.)

Il y a trois mois environ, la malade vint à la consultation. On lui appliqua alors un *vésicatoire* au poignet.

S'étant présentée de nouveau à la suite, il y a une quinzaine de jours, elle déclara que depuis le moment où le vésicatoire avait été appliqué, elle n'avait plus eu de crises. Il lui arrive seulement de ressentir, à divers intervalles, de légères contractions dans le pouce et dans les doigts. D'ailleurs, elle continue toujours à prendre son bromure. Un *second vésicatoire* est appliqué.

Mais, ce n'est pas tant pour les crises dont il a été question

jusqu'ici que pour d'autres accidents, lesquels vont être décrits, que Thérèse B... a demandé à être définitivement admise dans le service.

Il y a un an environ, elle s'était aperçue que sa jambe droite était couverte, depuis le genou jusqu'à la cheville, de plaques rouges, confluentes, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

Ces plaques, qui provoquaient de simples démangeaisons, disparurent au bout de quelques jours, sans traitement, et sans laisser de traces. Mais, en même temps, se formait, au pied du même côté, vers la région plantaire externe, une espèce d'abcès, de la grosseur d'un œuf, lequel s'ouvrait bientôt laissant écouler un liquide assez clair. (On trouve à l'heure actuelle une légère cicatrice à ce niveau.)

Assez longtemps après, soit il y a deux mois, la malade constata la présence, à la région postéro-externe de la cuisse et à la région antérieure du genou, de petites vésicules qui, de blanchâtres qu'elles étaient d'abord, passèrent au rouge violet, et augmentèrent de volume à un point qu'aujourd'hui elles constituent quatre larges plaques de dimensions notables. Une de ces plaques (celle qui était située à la partie supérieure du genou), put cicatriser, mais pour se reformer presque aussitôt. Un pharmacien, consulté à ce sujet, essaya vainement des applications de pommades, de poudres, voir même des cautérisations de nitrate d'argent. Rien n'y fit et Thérèse B... dut prendre le parti d'entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 25 avril. — La malade quoiqu'étant légèrement anémiée, semble jouir d'une constitution assez robuste.

Le squelette ne présente rien d'anormal. Pas d'exostoses ; crêtes du tibia entièrement intactes.

Articulations saines.

La peau du tronc et de la poitrine ne présente rien de particulier. Il n'en est pas de même de celle des membres.

Sans parler des traces laissées au poignet droit par le

dernier vésicatoire, on constate, en effet, sur le membre inférieur droit la présence de quatre plaques. Une d'elles, située à la région postero-externe de la cuisse, est de forme arrondie, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs. Elle est grisâtre et bourgeonnante. Les trois autres plaques siègent à la région antérieure du genou. Celle qui est située tout à fait en haut a la forme d'un ovale transversalement dirigé et mesure deux centimètres de largeur sur un de hauteur. Au-dessous d'elle s'étend, transversalement encore, la seconde plaque : celle-ci est la plus grande; elle mesure trois centimètres et demi de largeur sur deux centimètres de hauteur. Plus en dessous enfin, on voit la troisième plaque, petite, arrondie et de coloration grisâtre. — Toutes ces plaques présentent cette particularité, que si on enlève la croûte qui les recouvre, on trouve une ulcération violacée, saignante, au-dessous de laquelle on ne constate aucune trace d'infiltration. Elles sont douloureuses à la pression, et occasionnent à la malade de vives démangeaisons.

Les ongles, ne présentent rien de particulier. Celui de l'index de la main gauche manque; il serait tombé il y a fort longtemps à la suite d'une circonstance dont la malade n'a conservé aucun souvenir. Cet ongle n'est plus représenté que par une petite plaque cornée noirâtre.

Jamais Thérèse B... n'a perdu ses cheveux.

Les dents de la mâchoire supérieure, principalement celles de devant et du côté gauche manquent. La plupart de celles qui restent sont gâtées. Ce sont les incisives qui les premières furent atteintes, il y a deux ou trois ans. Elles tombèrent peu à peu, morceaux par morceaux, et sans douleur. — Les autres disparurent de la même façon. — La mâchoire inférieure est en meilleur état. Une grosse molaire à droite, et l'avant-dernière molaire à gauche, sont les seules qui manquent. Cependant toutes les autres, quoique bien plantées, semblent devoir se carier sous peu.

Voûte palatine normale.

Du côté du système nerveux, certains troubles sont à noter. La malade se plaint de tournements de tête et de vertiges, lesquels surviennent environ une fois par mois. — Dans ces moments, elle se sent la tête lourde ; de plus elle est ènervée et a envie de dormir. Jamais cependant ces vertiges ne sont suivis de perte de connaissance.

Généralemeut Thèrèse B... dort très bien, mais elle a de nombreux rêves, et des cauchemars. Il lui semble souvent qu'elle tombe dans un précipice. Cependant elle ne délire pas.

Depuis cinq ans, époque à laquelle elle a, on le sait, commencé à prendre du bromure, la malade a senti sa mémoire s'affaiblir considérablement. Actuellement elle est dans l'impossibilité de se rappeler ce qu'elle a appris et bien su.

Son intelligence est très affaiblie. Elle répond lentement et paraît alourdie.

Il y a deux ans, elle ne pouvait supporter qu'on la regardât. Elle était souvent agitée de secousses et de frémissements, aussi bien le jour que la nuit.

Rien à signaler du côté de la motricité volontaire. Cependant les mouvements sont un peu lents. — Pas de tremblements.

Reflexes cutanés conservés.

Reflexes rotuliens normaux.

Le reflexe plantaire est absolument intact, ainsi que le reflexe pharyngien.

La sensibilité est normale.

La pupille droite semble être un peu plus petite que la gauche. L'une et l'autre pourtant réagissent normalement à la lumière et l'accomodation se fait bien. — Le champ visuel est normal. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien. Pas de diplopie monoculaire ni binoculaire.

La malade entend bien. Elle n'a jamais eu d'écoulements par ses oreilles. — Lobulé adhérent.

Rien à noter du côté des appareils circulatoire, respiratoire et digestif.

Rien non plus du côté des organes urinaires et génitaux. — La malade est très bien réglée depuis l'âge de 15 ans.

1er Mai. — Le bromure est supprimé.

4 Mai. — La malade a eu quatre crises depuis vingt-quatre heures : la première s'est produite hier matin vers dix heures; les trois autres ont eu lieu dans la nuit. Toutes ont été arrêtées par la compression du poignet. — Ce matin, enfin, elle en a eu une nouvelle, arrêtée comme les précédentes.

Application d'un vésicatoire. — Cette application est suivie de sept crises, toutes arrêtées de la même façon.

11 Mai. — Depuis ces derniers huit jours, la malade n'a pas eu de nouvelle crise. Mais aujourd'hui, elle en a une très forte au cours de laquelle elle s'est mordu la langue et a uriné sous elle.

12 Mai. — *Nouvelle application d'un vésicatoire.*

24 Mai. — Aucune crise jusqu'à ce jour où Thérèse B... en a une violente, avec perte de connaissance, miction involontaire et morsure de la langue.

31 Mai. — Trois fortes crises dans l'après-midi. Chaque fois la malade a perdu connaissance.

Depuis le 12 mai, on n'a plus appliqué de vésicatoire.

23 Juin. — La malade qui attend ses règles depuis le 12 juin se plaint de fourmillements dans l'œil et de crampes dans la main du même côté. — On applique aussitôt *un vésicatoire.* — A huit heures du soir, elle a une crise, arrêtée par la compression du poignet. — A trois heures du matin, elle en a une seconde au cours de laquelle elle perd connaissance, se mord la langue et urine sous elle. Cette crise dure sept

minutes. Cependant la malade prétend qu'elle a moins souffert dans celle-ci que dans les précédentes.

24 Juin. — A huit heures du matin, Thérèse B... ressent de légers tremblements dans les doigts de la main droite et dans la paupière supérieure du même côté. Elle a un commencement de crise qui est arrêté par la compression.

Depuis ce moment elle n'éprouve plus aucun symptôme analogue et la malade quitte bientôt l'hôpital.

Elle est revenue dans le service l'année suivante. — L'amélioration a persisté. Toutefois elle a encore eu une crise, mais une seule, dans le courant de l'année. — Les ulcérations sont tout à fait guéries. — Quand à l'état général et à l'état intellectuel, ils sont excellents.

A l'observation ci-dessus, M. le professeur Pitres joint les réflexions suivantes que nous nous bornons à transcrire pour terminer : — « Cette observation, écrit-il, démontre l'inutilité et même les dangers de l'usage prolongé des bromures dans l'épilepsie jacksonienne. La jeune fille qui en fait le sujet était, quand nous la vîmes pour la première fois à la consultation, pâle, fatiguée, alourdie, incapable d'attention et d'application intellectuelles, n'ayant plus de mémoire. De plus, elle avait de larges ulcérations sur les jambes. Qu'étaient ces ulcérations ? scrofuleuses, syphilitiques ou bromiques ? M. Dubreuilh pensa qu'elles étaient uniquement bromiques. De fait, sans aucun traitement général, elles se cicatrisèrent rapidement quand on eût supprimé le bromure. En même temps, la santé revenait, l'attention était plus active, l'intelligence plus vive. Quant aux crises, elles n'étaient pas plus fréquentes, au contraire.

« Quelques vésicatoires ont fait, en somme, plus de bien que plusieurs années de bromure, et en tous cas, n'ont fait aucun mal, tandis que les bromures en faisaient, sans aucune compensation d'autre part, pour la malade. »

* * *

En résumé, des observations et de l'étude qui précèdent, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les vésicatoires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, soit au niveau de son point de départ, soit immédiatement au-dessus, constituent, comme l'ont fait voir quelques auteurs, un mode de traitement des plus efficaces pour combattre certaines formes d'épilepsie partielle à aura motrice ou sensitive ;

2° C'est principalement aux cas d'épilepsie partielle ne relevant ni d'un traumatisme crânien, ni d'une syphilis cérébrale, ni d'une lésion organique des centres nerveux, qu'il convient de réserver le traitement ;

3° L'observation ayant démontré que cette médication réussit dans des cas où d'autres modes de traitement d'un usage plus courant ont échoué, il est bon de lui donner la préférence ;

4° Enfin, cette méthode thérapeutique étant absolument inoffensive, il importe de l'essayer avant toutes les autres, ne serait-ce qu'à l'effet d'éviter aux malades des chances d'accidents toujours possibles avec certaines autres médications, telle que la médication bromurée, par exemple.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Thérapeutique chirurgicale.

Dans le neuvième congrès français de chirurgie, tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895, de nombreux et importants travaux ont été présentés et beaucoup parmi eux intéressent la théra-

peutique chirurgicale; nous avons pris, parmi ces communications, quelques faits nouveaux et intéressants, nous les publions dans l'ordre de présentation.

PUBLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU CONGRÈS DE CHIRURGIE

Résection du canal déférent dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate (Professeur Guyon). — La résection du canal déférent en amenant l'isolement physiologique de la prostate et des testicules produit des modifications notables du côté de la prostate qui peut s'atrophier à la longue. Cette opération prouve une amélioration marquée chez les prostatiques. Elle met le malade à l'abri des orchites infectieuses qu'on observe si souvent après le cathétérisme. La technique est simple : de chaque côté et à 2 centimètres de la ligne médiane on pratique une incision longitudinale de 5 à 6 centimètres qui permet de découvrir facilement le cordon spermatique. On isole le canal déférent, on le dénude, puis on le résèque sur une étendue de 4 centimètres environ, en sectionnant son extrémité inférieure d'abord, puis son extrémité supérieure.

Traitement chirurgical de l'angiocholite infectieuse (Professeur Terrier). — Lorsque les voies biliaires sont gravement infectées, il faut avoir recours à une intervention chirurgicale préférable à la thérapeutique médicale. L'opération consiste dans l'ouverture de la vésicule (*cholecystostomie*) dont les avantages sont les suivants :

1° Le liquide septique de la vésicule est évacué; 2° les calculs, qui souvent sont la cause des accidents, sont extraits; 3° les voies biliaires accessoires deviennent accessibles et la bile, qui s'écoule par les fistules que l'on crée, balaie pour ainsi dire les parois des canaux et entraîne mécaniquement les éléments septiques qui les encombrent. Cette bile s'échappant directement au dehors, l'on n'a plus à craindre, dès lors,

les accidents de résorption intestinale qui se traduisent, du côté des reins, par des désordres très graves.

Sur la dérivation des matières appliquées systématiquement comme opération préliminaire à la cure de certains rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum (Professeur Demons, de Bordeaux). — Cette méthode consiste, pour l'œsophage, dans certains rétrécissements cicatriciels infranchissables, ou difficiles à franchir, ou rebelles à la dilatation, à faire une gastrostomie préliminaire (procédé de Franck). Quand le malade est bien rétabli de cette opération et se nourrit bien depuis quelque temps par cette bouche artificielle, on attaque le rétrécissement œsophagien, soit par la dilatation graduelle, soit par l'œsophagotomie interne ou externe. Lorsque le rétrécissement a été détruit complètement on ferme l'ouverture stomacale.

Mêmes règles dans l'ablation des tumeurs étendues du rectum qui sont souvent suivies d'accidents graves dus au passage des matières fécales. On pratique, tout d'abord, un anus artificiel, de préférence au-dessus de la fosse iliaque gauche (procédé de Maydl). Quand cet anus a bien fonctionné depuis quelque temps, on fait l'extirpation de la tumeur rectale. Lorsque la plaie opératoire est définitivement guérie et que le rectum est en état de jouer son rôle, on ferme l'anus artificiel.

Valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure (Drs Monod et Macaigne). — MM. Monod et Macaigne ont rappelé que c'est M. Chibret (de Clermont-Ferrand), qui, le premier, a attiré l'attention sur la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure. Voici leurs conclusions :

1° L'oxycyanure de mercure en solution à 5 pour 1,000 se montre, dans les expériences de laboratoire, de valeur antiseptique toujours aussi grande souvent plus grande que le sublimé en solution à 1 pour 1,000;

2° Sans présenter plus d'inconvénients que le sublimé il

offre l'avantage de n'attaquer ni les mains ni les instruments du chirurgien ;

3° L'oxycyanure de mercure pourrait donc être substitué au sublimé dans la pratique chirurgicale.

Traitement chirurgical du Pyo-pneumothorax chez les tuberculeux (Dr Gérard Marchant). — M. Gérard Marchant, dans sa communication, montre que dans les cas de pyo-pneumothorax la ponction et l'empyème ne suffisent pas. Il faut faire l'opération de Letévant-Estlander, c'est-à-dire réséquer un large volet costal pour mettre à découvert les perforations pleuro-pulmonaires et en pratiquer le grattage et la suture. Il ne faut pas insister sur la suture de la perforation si elle est difficile, car elle n'est pas indispensable. Les lavages pleuraux peuvent être dangereux quand il existe une fistule pulmonaire en produisant une véritable suffocation avec asphyxie. Les deux observations de Gérard Marchant montrent que, dans les cas les plus graves de pyo-pneumothorax, il ne faut pas désespérer de la guérison, par un traitement chirurgical qui n'est pas contre-indiqué par des lésions tuberculeuses pulmonaires irrémédiables.

Résection du sommet du poumon droit atteint de tuberculose (Dr Tuffier). — M. Tuffier a montré un malade à qui il a réséqué le sommet du poumon droit atteint de tuberculose bien localisée il y a 4 ans et qui aujourd'hui est en parfaite santé. La pneumectomio peut donc donner de très bons résultats dans certains cas, rares il est vrai, de tuberculoses bien limitées. L'intervention est facile et exempte de dangers. Le péril chirurgical est de provoquer un pneumothorax; on l'évitera sûrement si, avant d'ouvrir la plèvre et de suturer les deux feuillets pleuraux, viscéral et pariétal, l'on a soin de *décoller la plèvre pariétale* sur une étendue assez considérable. Il se forme ainsi, entre la plèvre et la paroi thoracique, une sorte de pneumothorax extra-pleural dont le résultat est d'accoler intimement au feuillet viscéral, le feuillet pariétal : ce

dernier forme soupape et permet ainsi d'éviter l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, c'est-à-dire le pneumothorax.

Des modes de réparation des grandes cavités pulmonaires. — Pneumotomie pour dilatation bronchique. (Dr Walther). — Chez une femme de 26 ans atteinte de pyo-pneumothorax avec vomiques très abondantes et vaste poche offrant l'aspect d'une énorme dilatation bronchique. M. Walther fit une pneumotomie et une opération de Schede qui amena la guérison. Ce chirurgien montre, en outre, que dans les interventions pour cavités purulentes récentes du poumon, la guérison est facile parce que la paroi de la cavité se met à bourgeonner et comble le vide. Dans les cavités anciennes, les tissus périphériques étant sclérosés par l'inflammation chronique ne sont pas susceptibles de combler la cavité. Il faut que ce soit la paroi thoracique qui obéisse, aussi la très large résection, non seulement des côtes, mais de la paroi costale elle-même suivant la méthode de Schede devient-elle nécessaire.

Nécessité du drainage du sinus costo-diaphragmatique dans la plupart des interventions sur le poumon (Dr H. Delagenière, du Mans). — Le plus grand nombre des affections pulmonaires susceptibles d'une intervention étant des affections septiques, l'inoculation de la plèvre, qu'elle ait lieu avant ou pendant l'opération, doit être considérée comme fatale. Il y a donc nécessité dans la plupart des cas de drainer la plèvre et le meilleur moyen est de drainer le sinus costo-diaphragmatique :

1° On résèque les six, sept, huit et neuvième côtés dans la plus grande partie de leur étendue.

2° On ouvre la plèvre dans l'espace occupé par la 8me côte et on établit le drain dans la partie antérieure de l'incision qui se terminera au cul-de-sac costo-diaphragmatique.

On assurera ainsi le drainage et la désinfection de la plèvre En outre, l'ouverture de la plèvre sur le trajet de la 8me côte

permet l'exploration de la plèvre, des lobes inférieurs du poumon et des scissures interlobaires, à la condition d'enlever une côte de plus, la cinquième.

De l'enclouage de l'articulation coxo-fémorale après la résection (Dr Montaz, de Grenoble). — Il y a un grand intérêt à chercher la consolidation la meilleure après la résection de l'articulation coxo-fémorale, comme on le fait pour le genou. Dans ce but, M. Montaz fait l'enclouage systématique de l'articulation de la hanche : la résection étant terminée, après avoir raclé, drainé, cautérisé au fer rouge, légèrement saupoudré d'iodoforme la cavité opératoire, on prend un ou deux clous d'acier nickelé, de longueur suffisante pour traverser le fémur et pénétrer d'environ deux centimètres dans la partie la plus épaisse du sourcil cotyloïdien. Avec un marteau. on plante ce clou dans l'extrémité du fémur, tranversalement. Puis, lorsque la pointe apparaît sur la face interne, on la place sur le point choisi, tout en remarquant la longueur du clou non enfoncé. Après quelques nouveaux coups de marteau, le fémur est fixé; un autre clou peut être nécessaire, mais rarement. Des vis pourraient être également utilisées, à la condition de faire au préalable un trou avec un perforateur. Au bout de quelques semaines, si on a laissé la plaie légèrement ouverte, on enlève les clous désormais inutiles.

Nouveau procédé de suture intestinale, à l'aide d'un bouton perfectionné, ligature en masse sur un cylindre métallique creux (MM. Duplay et Cazin). — Ce cylindre métallique est composé de deux cylindres concentriques emboîtés l'un dans l'autre, sans soudure. Le cylindre interne n'est séparé de l'externe que par un écartement de deux millimètres et le modèle destiné à l'intestin grêle de l'homme présente un diamètre extérieur de 22 millimètres et un diamètre intérieur de 18 millimètres, alors que dans un bouton de Murphy, de même diamètre extérieur, le diamètre intérieur

atteint à peine 7 millimètres. Le cylindre extérieur offre en son milieu une rainure circulaire de 2 millimètres environ de profondeur sur laquelle sont percés, aux deux extrémités d'un même diamètre, deux orifices dans lesquels s'engage le fil de soie destiné à la ligature. Avant de commencer l'opération, le fil de soie, choisi très résistant, sera introduit par chacune de ses extrémités dans l'un des trous de la pièce métallique; puis chaque bout contourne, à droite et à gauche le cylindre interne, dans l'intervalle ménagé entre les deux cylindres, vient sortir par le trou diamétralement opposé. En liant alors les deux bouts du fil, on le transforme en un fil sans fin qui émerge par chaque orifice du cylindre, sous la forme d'une boucle. L'opération comprend trois temps :

1er *temps*. — On peut munir d'avance chacune des boucles du fil, d'une aiguille à suture ordinaire ou se servir d'une aiguille de Reverdin. Dans le premier, on perfore de dedans en dehors un des bouts de l'intestin, l'une des aiguilles traversant celui-ci au niveau du bord mésentérique, l'autre en un point symétrique du bord libre. Avec l'aiguille de Reverdin, on perfore l'intestin de dehors en dedans. Ce premier temps accompli, la pièce métallique se trouve ainsi fixée à l'intérieur d'un des bouts de l'intestin qui va être ensuite invaginé dans l'autre.

2e *temps*. — La même manœuvre est répétée sur ce dernier et il suffit alors d'invaginer dans celui-ci le bout d'intestin muni de la pièce métallique pour rétablir la continuité du tube intestinal. Le cylindre métallique et l'extrémité du segmen intestinal invaginé sont alors entièrement recouverts par l'intestin engainant, à travers lequel émergent les deux boucles du fil, l'une sur le bord mésentérique, l'autre sur le bord libre.

3e *temps*. — Il ne reste plus qu'à sectionner, d'un coup de ciseaux, chaque boucle en son milieu; on a ainsi deux fils correspondant chacun à une demi-circonférence de l'intestin, et en serrant fortement chacun d'eux, on réalise ainsi une

ligature circulaire qui embrasse à la fois l'intestin engainé et l'iutestin engainant. Comme l'a conseillé Chaput, on détruit à la curette, sur une étendue de 10 à 15 millimètres, la muqueuse du bout d'intestin qui doit engainer l'autre, de façon à rendre aussi aseptique que possible la collerette circulaire qui déborde la ligature.

MM. Duplay et Cazin ont opéré sur 8 chiens, avec des résultats si satisfaisants, qu'ils semblent autoriser l'emploi de ce procédé chez l'homme. L'opération a une durée de 15 minutes, laquelle pourrait être abrégée par l'habitude. La pièce métallique a toujours été rendue du 3e au 5e jour après l'opération. Les avantages de ce procédé, comparé à celui de Murphy, paraissent résider principalement :

1° Dans la simplicité de la pièce métallique, qui ne présente aucun mécanisme spécial;

2° Dans la rapidité et surtout la sûreté de l'opération, le chirurgien étant maître du degré de stricture qu'il exerce;

2° Dans la facilité que trouve l'écoulement des gaz et des matières, en raison du diamètre relativement considérable du cylindre interne;

4° Dans la rapidité de l'évacuation de la pièce métallique.

La chirurgie de l'estomac (Dr Doyen, de Reims). — Le Dr Doyen, dans son intéressante communication, montre que la pylorectomie pour affections cancéreuses de l'estomac est une mauvaise opération. La gastro-eutérostomie est au contraire appelée à rendre des services véritablement appréciables dans les affections non cancéreuses, en particulier chez les dyspeptiques ayant une dilatation de l'estomac.

Frappé de certains inconvénients de la gastro-entérostomie antérieure, Doyen a imaginé un procédé nouveau de *gastro-entérostomie postérieure* dans lequel on suture au préalable le côlon à la petite courbure de l'estomac et qui permet de réaliser à la fois les bénéfices de la gastro-entérostomie antérieure et postérieure, et d'assurer une libre évacuation de l'estomac, même dans le cas où il resterait dilaté quelque

temps après l'opération. Ce procédé lui a donné 4 succès sur 4 interventions.

Utilisation de certains tendons pour guérir les hernies et fixer le rein mobile (Dr Poullet, de Lyon). — Par des expériences faites sur le chien, M. Poullet a constaté qu'un tendon pouvait être inséré à travers des muscles ou transporté dans différents organes sans cesser de vivre et qu'on pouvait ainsi en obtenir la greffe définitive et remplacer de cette façon les ligaments suspenseurs. Il a appliqué ce fait biologique au traitement de deux affections : la hernie inguinale et le rein mobile.

Dans la hernie inguinale, il a pratiqué la cure radicale, en fermant l'anneau au moyen d'un lambeau tendineux, prélevé sur le 1er adducteur. Dans le traitement du rein mobile, il a pris sur le long dorsal une lanière tendineuse de 25 centimètres, qu'il a insinué sous la capsule du rein et qui suspend l'organe.

Nouveau procédé de cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire (Dr H. Delagenière). — Dans ce procédé nouveau, la vésicule est attirée à travers une boutonnière faite dans le muscle droit ; l'écoulement de la bile est assuré par un drain qui est retiré quand on le juge convenable et à partir de ce moment, l'orifice se ferme tout en faisant, pendant quelque temps, grâce aux fibres musculaires, l'office de soupape de sûreté. On munit ainsi l'orifice vésiculaire d'un sphincter contractile.

Chirurgie générale.

Sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les affections stomacales (Talma, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895, Nos du 24 juin et du 1er juillet). — D'après l'auteur, l'ulcère rond de l'estomac serait produit par la contraction partielle de la paroi stomacale avec compression des

artères et des veines à ce point. La contraction convulsive circonscrite peut, par sa localisation, aider puissamment au diagnostic du siège de l'ulcère rond. C'est ainsi que l'ulcère dupylore est accompagné de contracture pylorique et l'ulcère de la portion inférieure de l'œsophage, de celle du cardia. Le diagnostic de l'ulcère peut encore se baser sur le vomissement (qui peut aussi bien être cause que conséquence de l'ulcère) et la douleur circonscrite (à la partie inférieure du sternum en cas de sténose du cardia). Tout de même il ne faut pas oublier que la contracture œsophagienne peut aussi ne pas s'accompagner d'ulcère.

La localisation exacte du siège de l'ulcère est très importante pour l'opérateur : les ulcères de nouvelle date peuvent être non aperçus, même après laparotomie ; les ulcères anciens avec circonférence et voisinage infiltrés sont découverts avec beaucoup plus de facilité. L'ulcère rond guérissant spontanément dans 85 0/0, l'indication opératoire n'est que très limitée. On y songera en cas d'hémorrhagie incoercible, surtout quand elle est entretenue par des accès de convulsions rebelles à tout traitement, et ensuite toutes les fois qu'une hémorrhagie intense dans le voisinage du pylore et du duodénum s'associe à des symptômes incontestables de cholélithiase.

Manque-t-on de signe permettant de localiser exactement l'ulcère, il est tout à fait superflu de s'acharner à sa recherche et l'on pratiquera tout bonnement la gastro-entérostomie, surtout si le siège présumé de l'ulcère est la portion pylorique.

En cas d'estomac en sablier, par suite de contracture cicatricielle aprés ulcère, on aura recours à la gastroanastomose d'après le procédé de Wölfler; la portion cardiaque est-elle d'une étendue suffisante, c'est la gastro-entérostomie qui est alors préférable. Il est toutefois à remarquer que l'estomac en sablier n'exclut nullement l'existence d'un ulcère rond de date récente.

A-t-on affaire à un cancer du cardia, il faut soigneusement

distinguer s'il s'est ou non développé sur la base d'un ulcère. La dégénérescence carcinomateuse d'un ulcère est d'autant plus vraisemblable qu'il a été soumis à des irritants chimiques ou mécaniques. Aussi faut-il s'abstenir le plus possible de sonder l'estomac en cas d'ulcère (excepté quand il s'agit de rétrécissement par caustiques); parfois même on prescrira les lavements nutritifs et, le cas échéant, on pratiquera même la gastrostomie. Le repos absolu de l'œsophage peut influencer favorablement un cancer déjà formé. A l'appui, l'auteur rapporte un cas d'un cancer du cardia et du pylore où, à la suite de la jéjunostomie, il survint une augmentation considérable du poids du corps : le malade a de nouveau récupéré la possibilité d'avaler.

La même division s'impose aussi pour le cancer du pylore : les meilleures chances opératoires présentent les cancers développés sur la base d'un ulcère dans le voisinage du pylore, où le médecin peut, en temps utile, prévoir la dégénération carcinomateuse de l'ulcère.

Quant aux autres formes de cancers de l'estomac, ils sont déjà par trop avancés pour être opérés quand on réussit enfin à poser un diagnostic exact. Il faut seulement avoir en vue que les sujets atteints de gastrite chronique hyperchlorhydrique sont très exposés à voir survenir chez eux un ulcère dégénérant facilement en cancer. On découvre parfois des proliférations épithéliales atypiques, même dans les cicatrices des ulcères considérés comme guéris. La gastro-entérostomie précoce peut guérir le cancer dans des cas semblables : témoin trois cas de l'auteur dont deux avec autopsie. La contracture persistante du pylore favorisant considérablement dans ces cas la dégénération carcinomateuse de l'ulcère, on aura soin de faire suivre, séance tenante, autant que faire se peut, la gastro-entérostomie de l'élimination du pylore.

Quant à la valeur comparée de la gastro-entérostomie et de la pylorectomie, il est encore impossible de se prononcer catégoriquement là-dessus. En cas d'ulcère chronique

simple, c'est la gastroentérostomie qui est préférable à la pylorectomie. En effet, cette dernière opération ne met nullement à l'abri de la dégénération carcinomateuse, le cancer se formant parfois dans la cicatrice de la plaie opératoire elle-même (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, N° 28, p. 601 et 602).

Médecine générale.

Traitement des oreillons chez l'adulte (Dr Trouillet, *Dauphiné médical*, juin 1895). — On fera désinfecter dès les premiers signes, la bouche avec de l'eau boriquée en gargarismes répétés une dizaine de fois dans la journée.

Comme antiseptique intestinal, naphtol ou salol à l'intérieur. Onctions des régions atteintes avec des liniments calmants et enveloppement avec une couche épaisse de coton.

Contre les douleurs de tête et la congestion, vessie de glace sur le vertex; chloral à la dose de 2 et 3 grammes contre la fièvre, sulfate de quinine et antipyrine, on pourra même essayer les bains froids.

Pour l'orchite ourlienne, repos au lit, enveloppement ouaté dans un bon suspensoir, au besoin, onctions calmantes. A la période de convalescence, la fluxion testiculaire une fois tombée, on fera de la faradisation une vingtaine de séances de dix minutes chacune.

Les résultats sont très favorables, la glande reprend rapidement sa sensibilité, sa consistance et son volume.

Au point de vue prophylactique on emploiera la désinfection au soufre faite complètement et méthodiquement.

Nouveau traitement de l'épilepsie (Dr Poulet, *Bullet. méd. des Vosges*). — Le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines, dans un cas de névrose épileptiforme chronique avec détermination spéciale sur le pneumogastrique (crises de douleurs épigastriques atroces avec céphalée et vomissements), essaya sans succès le bromure de potassium, les polybromures, la

picrotoxine, le datura, le borax. L'association du bromure de potassium et du sulfate d'ésérine donna au contraire une guérison rapide. Comme traitement général de l'épilepsie, le Dr Poulet conseille de s'adresser à la méthode de M. V. Bechterew, de Saint-Pétersbourg, dont voici la formule:

Feuilles d'adonis vernalis...........	2 à 3gr,75
Faire infuser dans eau bouillante....	180 grammes.

Ajoutez :

Bromure de potassium.............	7gr,50 à 11gr,25.
Caféine	0gr,12 à 0gr,18.

La dose à prendre est de 4 à 8 cuillerées à bouche par jour, dans de l'eau ou du lait sucré.

Bechterew n'a pas encore rencontré un seul cas d'épilepsie qui se soit montré absolument réfractaire à l'emploi de cette médication. On obtient soit une disparition complète des accès, soit une diminution notable dans leur intensité et dans leur fréquence.

Traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique (Dr Desprez, *Nord médical*, août 1895). L'auteur préconise la potion suivante :

Eau distillée..	110 grammes.
Chloroforme	1 gramme.
Alcool	8 grammes.
Acétate d'ammoniaque..	10 —
Sirop de chlorhydrate de morphine..	40 —

Son administration a donné d'excellents résultats dans plusieurs épidémies de choléra. Elle peut rendre de grands services dans le traitement des diarrhées cholériformes estivales.

Gynécologie et Obstétrique.

Traitement de l'ectopie de l'anus dans les voies génitales chez la femme, par le Dr Kirmisson. — Voici, d'après lui, quelle sera la conduite thérapeutique du chirurgien en présence de ces vices de conformation :

Contre l'ectopie vulvaire de l'anus, M. Kirmisson emploi le procédé de Dieffenbach-Nélaton, par transplantation de l'anus il libère l'ampoule rectale de ses connexions, la suture à l'orifice que l'on a créé sur le périnée et laisse l'orifice anormal rectovulvaire se fermer de lui-même. Il préfère ce procédé à celui en deux temps de Giraldes, pratiquant d'abord la transplantation de l'ampoule rectale et ultérieurement, comme inintervention complémentaire l'autoplastie vulvaire.

Contre l'ectopie vaginale de l'anus : essayer le procédé de Nélaton en cas d'ectopie, employer celui de Martin (de Lyon), incision du périnée de la vulve au coccyx, et reconstitution de la pochette vulvaire. Enfin si l'abouchement de l'anus en ectopie vaginale est très élevé, et en l'absence de l'ampoule rectale, pratiquer un anus iliaque, c'est la suprême ressource.

Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins (Jouin, *Soc. obst. et gyn. de Paris*, juillet 1895). — L'auteur préconise le traitement des fibromes utérins par l'extrait de glande thyroïde. Il a donné de l'extrait thyroïdien en tablettes de 0gr,45, de 4 à 8 tablettes par jour à des malades atteintes de corps fibreux.

Trois fois il a observé la diminution des hémorrhagies, deux fois la disparition partielle de la tumeur.

Le courant continu en gynécologie, par le Dr Albert Weil (Thése de doctorat. — Paris, G. Steinhel, 1895). — Après avoir passé en revue et d'une façon très complète, les diverses ap-

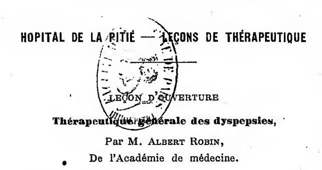
plications tentées jusqu'à ce jour, du courant continu dans le traitement des affections de l'appareil génital de la femme, et avoir exposé les diverses recherches expérimentales des cliniques, ayant eu pour objet de déterminer le mode d'action de ce courant sur les tissus, et aussi sur les microbes, l'auteur relate un certain nombre d'observations personnelles concernant plusieurs cas d'endométrites, catarrhales, hémorrhagiques et purulentes, et aussi deux observations d'endométrites accompagnées de lésions des annexes, toutes traitées par lui à l'aide du courant continu, et conclut que les métrites catarrhales ou hémorrhagiques sont avantageusement traitées par la galvanocaustique positive intra-utérine; que les métrites purulentes doivent être traitées par l'électrolyse, avec le pôle positif intra-utérin, d'une solution d'iodure de potassium ou par la galvanocaustique positive intra-utérine avec électrodes de cuivre; qu'enfin les périmétrites et les exsudats pelviens chroniques peuvent être heureusement modifiés par la galvanocaustique positive.

En revanche, il considère (et personnellement nous approuvons entièrement cette manière de voir) que toutes les suppurations des annexes et voire même tout état inflammatoire aigu ou subaigu doivent être des contre-indications formelles du courant continu.

Quant aux fibrômes et aux autres affections des organes génitaux de la femme, l'auteur, en dépit du titre un peu général de son travail, n'en parle pour ainsi dire pas, ou s'il en parle ne fait qu'exposer ce qui a été dit avant lui, mais sans émettre d'opinion personnelle.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 174.11.95.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

LEÇON D'OUVERTURE

Thérapeutique générale des dyspepsies,

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

En inaugurant cet enseignement, je veux, d'abord, vous en tracer le programme et jeter un coup d'œil d'ensemble sur la route dans laquelle nous allons nous engager. Je poursuis, en effet, un double but. C'est de vous montrer quelle aide puissante la chimie pathologique apporte à la médecine et quel faisceau de lumière elle projette sur tant de phénomènes encore obscurs de la pathologie. Et puis, c'est de vous indiquer, à propos des maladies de l'estomac, les bases nouvelles sur lesquelles je pense que doit s'édifier la thérapeutique moderne. Il faut dire hautement la vérité : à l'heure présente, et malgré les révolutions qui se sont accomplies dans les choses de la médecine par l'entrée en scène de la chimie et de la bactériologie, la thérapeutique est gouvernée par des lois empiriques, et quand elle tente de s'échapper hors de la tradition confuse qui la dirige, elle tombe dans l'anarchie.

J'en veux prendre pour exemple le traitement des fièvres.

Le jour où l'on constata chez les fébricitants que l'urée était souvent en excès et que l'acide carbonique expiré subissait une certaine augmentation, n'a-t-on pas cru pouvoir établir la thérapeutique des fièvres sur d'indiscutables assises, et n'a-t-on pas créé aussitôt la méthode antipyrétique, qui faisant de la fièvre une conséquence d'oxydations

exagérées, ne trouve rien de plus rationnel que de mettre tout en œuvre pour restreindre les oxydations organiques !

Et cette méthode antipyrétique succédant à la méthode antithermique qui ne visait, elle, que la soustraction de la chaleur morbide pour s'opposer à ses effets imaginaires, n'a-t-elle pas régné sans conteste pendant un grand nombre d'années, et n'a-t-elle pas, actuellement encore, des adeptes convaincus ?

Cependant, je crois avoir démontré, non sans lutte, qu'on avait méconnu les causes véritables de l'hyperthermie, que l'organisme avait d'autres procédés pyrétogènes que les oxydations, que les hydratations et les dédoublements de la matière vivante jouaient alors un rôle capital dans la désintégration organique, que ces actes chimiques de désassimilation morbide, engendraient des produits peu solubles, donc difficilement éliminables, toxiques à divers degrés, tandis que les oxydations, génératrices des résidus solubles, facilement éliminables, dépourvus de toxicité, constituaient, au contraire, un processus défenseur, et qu'en tentant de les abattre, on allait à l'encontre des réactions de l'organisme contre la maladie.

La thérapeutique des maladies internes a-t-elle été mieux servie par la bactériologie ? Oui, si l'on en juge seulement par les effets merveilleux et décisifs du sérum anti-diphtéritique de Behring et Roux, par les espérances qu'on peut légitimement fonder sur la séro-thérapie.

. Mais, la révolution absolue qui s'est accomplie dans le domaine de la chirurgie et dans celui de l'hygiène, est-elle en voie de gagner la médecine ? On serait presque en droit d'en douter quand on recherche, en face d'une pneumonie, d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une pleurésie, d'une fièvre typhoïde, quels sont les préceptes certains qui sont fournis à la thérapeutique par la bactériologie.

Et quand on regarde ce qu'est devenu le traitement de la phthisie depuis qu'il est gouverné par les idées microbiennes, et qu'aux yeux les moins prévenus, la thérapeutique actuelle de la phthisie donne l'exemple de la confusion la plus dangereuse, on a le devoir de se demander si les phthisiques n'auraient pas actuellement droit à une réaction contre la poursuite du bacille de Koch, en faveur des méthodes dites surannées qui mettaient au premier plan du traitement, tous les moyens capables de favoriser le remontement de l'organisme, on dirait aujourd'hui la réaction de défense.

Ce qu'il y a de plus grave dans la bactériothérapie des maladies internes, c'est qu'en dehors de la Sérothérapie, on pressent difficilement son avenir. J'ai montré, en effet, que la méthode d'antisepsie qui consiste à saturer l'organisme par le mercure, le plus puissant des antiseptiques, dans le but de prévenir une infection microbienne. de modérer la pullulation des micro-organismes, d'atténuer leur virulence, n'était pas applicable à la thérapeutique, à moins qu'on ne trouvât un antiseptique idéal qui n'amoindrit pas les diverses manifestations bio-chimiques de l'activité vitale et le potentiel de réaction cellulaire. Alors, si les micro-organismes peuvent se développer avec toutes leurs propriétés nocives dans un milieu vivant saturé de mercure, il est à prévoir que l'administration de cet agent, par exemple, alors que la maladie est en pleine évolution, sera, au moins, inutile (1).

Ce qui rend inapplicables les recherches expérimentales faites jusqu'à présent sur la valeur des médicaments destinés à l'antisepsie interne, c'est qu'entre l'antiseptique et

(1) Albert Robin. — Considérations sur l'antisepsie interne. Mercure et broncho-pneumonie. *Bulletins de l'Académie de médecine*, janvier 1892.

le microbe, on a omis de faire intervenir un troisième facteur dont l'importance est majeure; ce facteur, c'est la cellule avec toutes ses aptitudes réactionnelles morphologiques ou chimiques, c'est cet ensemble des activités cellulaires qui s'appelle la Vie.

Sans préjuger de l'avenir et cherchant simplement un minimum de résultats pratiques, nous suivrons d'autres idées directrices. Et je vous montrerai qu'en puisant les indications de la thérapeutique dans la pathologie fonctionnelle, dans la chimie morbide, dans l'action des agents médicamenteux sur les phénomènes bio-chimiques de la vie, on peut atteindre une précision et une sûreté qui légitiment les plus vastes espérances.

II

Mais, je ne veux pas m'attarder davantage dans cette exposition de principes que nous aurons l'occasion d'appliquer à l'étude et au traitement des maladies fonctionnelles de l'estomac qui feront l'objet de ces leçons.

J'ai choisi ce sujet qui a fait depuis dix années mon étude de prédilection parce que la pathologie de l'estomac est plus que jamais à l'ordre du jour, parce que les doctrines d'aujourd'hui rendent à cet organe un rôle pathologique dont il a été au tiers moyen de ce siècle, injustement dépossédé, après cette phase brillante de son histoire où il sembla tenir un instant sous sa dépendance une grande partie de la médecine.

Cette histoire, il importe de la retracer à grands traits, car elle est féconde en enseignements.

Hippocrate disait que l'estomac est comme la mer, qu'il « donne » à tous les organes et qu'il « reçoit » de tous les organes, que lorsque la coction des aliments se fait mal ou

ne se fait pas, l'homme se dessèche comme un arbre planté sur un sol stérile. Ce qui l'impressionna surtout, c'étaient donc les déchéances nutritives liées aux troubles gastriques.

Galien serra de plus près les troubles fonctionnels ; il créa la bradypepsie et l'apepsie. Il soupçonnait les retentissements éloignés des perversions gastriques, quand il disait que les maladies de l'estomac engendraient la dyspnée, l'apnée, la céphalalgie et la mélancolie.

Le vocable « dyspepsie » fut créé par Jean de Borris ou par Vogel. Puis Van Helmont, avec son vitalisme mystique si étrangement suggestif, met au premier plan les dérangements de la fonction stomacale en plaçant dans cet organe le Grand Archée dont l'effroi, la colère ou l'abattement produisent dans l'organisme des troubles qui se traduisent par autant de symptômes.

Cullen revient à la clinique, et étend le sens du terme dyspepsie. Il montre qu'elle est souvent une affection symptomatique qu'il oppose aux dyspepsies idiopathiques, complétant ainsi les connaissances des anciens qui considéraient principalement les altérations de la nutrition causées par une digestion vicieuse.

Les choses en étaient là, quand parut Broussais. Il renverse l'idée des maladies générales ; il voit la gastrite et la gastro-entérite partout ; il en fait la clef de la pathologie ; il n'est pas de maladies où l'estomac ne prenne la parole au nom des autres organes. Mais Broussais faisait une part trop haute à la gastrite pour que cette maladie inflammatoire n'absorbât pas aussi les autres affections de l'estomac dont les troubles fonctionnels, y compris les dyspepsies, ne figurèrent plus qu'à titre de symptômes. C'était un progrès, puisque l'attention des médecins était plus vivement attirée vers l'estomac ; c'était un recul, puisque tout ce qu'il y avait de fonctionnel dans sa pathologie s'effondrait dans la gastrite.

Une réaction était inévitable. Alors que la doctrine de l'irritation semblait encore toute puissante, que l'on combattait par les mêmes moyens toutes les maladies de l'estomac, parce qu'on les croyait toutes produites par l'inflammation, on s'aperçut qu'en clinique, nombre d'états gastriques, caractérisés par la douleur, guérissaient sans l'emploi des antiphlogistiques; on les sépara sous le nom de gastralgie, et sous l'influence des travaux de Johnson, de Schmidtmann et de Barras, ce terme engloba bientôt toutes les souffrances de l'estomac. Les affections indolentes de l'organe furent inobservées et délaissées; on réduisit les gastrites aux toxiques et aux traumatiques; la notion de dyspepsie devint confuse et indéterminée.

Et les choses allèrent ainsi avec des oscillations nombreuses jusqu'au moment où Chomel rendit officiellement aux dyspepsies leur place prépondérante, et faisant de la simple clinique dégagée de toute théorie, publia son Traité encore célèbre dans lequel il décrivait leurs diverses formes avec un cadre moins large peut être que celui de Cullen, mais en mettant en relief leur réaction sur l'état général, rajeunissant ainsi l'idée Hippocratique qui s'était singulièrement obscurcie.

En même temps que Chomel, mais avec des vues d'une autre envolée, Beau resaisissait aussi les dyspepsies et proclamait leur influence pathogénique. Il montra que l'estomac préparant les matériaux qui doivent servir à la réparation du sang et à l'entretien des grandes fonctions, la dyspepsie devait comprendre, en dehors des symptômes propres liés au trouble des fonctions stomacales, d'autres symptômes plus ou moins éloignés, dépendant non seulement des altérations consécutives du sang, mais d'une foule d'accidents secondaires, fonctionnels ou organiques. Avec Beau, la dyspepsie prenait les allures d'une perpétuelle provocation morbide. C'était une maladie évoluant

en trois étapes : la première, purement stomacale ; la seconde se révélant par des symptômes groupés en série névropathique et en série hémopathique ; la troisième, liée à l'affaiblissement de l'organisme et le disposant à subir l'action des causes morbides, qu'elles vinssent du dedans ainsi qu'il arrive aux diathésiques, ou du dehors, de par les multiples influences extérieures auxquelles nous sommes exposés. L'idée première de cette conception vraiment géniale et que la science moderne n'a fait que confirmer, devait avoir été inspirée à Beau par la lecture d'un passage de Frédéric Hoffmann qui paraît avoir eu la prescience du rôle pathogénique des dyspepsies quand il écrivait que « lorsqu'il y a dans les premières voies digestives un vice de la première coction, ce vice n'est pas facilement corrigé dans les voies secondes, c'est-à-dire dans les voies viscérales dévolues à la sanguification et à la dépuration, et encore moins dans les voies tierces où se jugent les actes de la nutrition. » Et le grand clinicien ajoutait cet aphorisme qui est une majeure indication thérapeutique : « *Maxima omnium vero ventriculi habenda est ratio.* »

Mais les temps n'étaient pas advenus. Les doctrines de Beau eurent un énorme retentissement ; elles soulevèrent d'abord des controverses animées, puis s'enlisèrent lentement dans une sorte d'oubli. Beau avait trop de détracteurs pour que le symbole pathologique qu'il avait créé fut admis dans les sphères officielles de la médecine ; le silence se fit autour de ses grandes idées, et l'on en revint aux conceptions plus étroites de Chomel, sous lesquelles la pratique vécut jusqu'au moment où M. Bouchard tenta une nouvelle révolution dans la pathologie gastrique.

Avec M. Bouchard s'écroulèrent les derniers vestiges des dyspepsies classiques. La dilatation de l'estomac, jadis considérée comme une curiosité anatomique, acquiert une fréquence telle, qu'elle existerait chez 60 0/0 des individus

atteints de maladies chroniques. Quand il y a dyspepsie, il y aurait sept fois sur huit dilatation de l'estomac : cette dernière est la lésion, la dyspepsie n'en est plus que le symptôme. Outre les accidents directs qu'elle détermine du côté du tube digestif et de ses annexes, la dilatation de l'estomac engendre des troubles lointains ou à distance, dans l'innervation, les sens, l'intelligence ; elle altère la nutrition générale, et forme le premier anneau d'une chaîne morbide qui va jusqu'à la phthisie, au rachitisme, à l'ostéomalacie et aux dermatoses.

Je me souviens de l'impression que fit devant la Société médicale des hôpitaux la communication de M. Bouchard (1). On commençait alors à entrevoir l'importance des modifications du suc gastrique, et M. Germain Sée avait osé imprimer vers 1881 une formule retentissante : « *les dyspepsies sont chimiques ou elles ne sont pas* (2). » Mais l'idée d'une lésion conjuguée à la dyspepsie satisfaisait trop bien les préjugés organiciens de cette époque pour ne pas être adoptée avec enthousiasme, et la dilatation de l'estomac conquit en un clin d'œil la faveur presqu'universelle des médecins français, pendant que la parole prophétique de M. Germain Sée n'éveillait d'écho qu'à l'étranger.

Ce qu'il y avait de plus intéressant dans l'idée de M. Bouchard, c'était, à vingt ans de distance, la reconstitution de l'œuvre de Beau. Cette analogie n'avait pas échappé à M. Dujardin-Beaumetz qui, dans la discussion sur la communication de M. Bouchard, s'exprima ainsi : « M. Bouchard renouvelle, sous un autre nom, la tentative faite par Beau, il y a près de vingt ans. A la place du mot dyspepsie, mettez celui de dilatation de l'estomac, et vous serez saisi de l'analogie qui existe entre les affirmations de Beau et

(1) Bouchard. — *Société médicale des hôpitaux*, 1884, p. 226.
(2) Germain Sée. — *Des dyspepsies gastro-intestinales*, 1881.

celles de notre collègue (1). » Toutefois, ce que M. Bouchard apportait de plus nouveau, c'était le rôle joué par les intoxications d'origine gastrique dans les accidents multiples et lointains dérivés de la dilatation gastrique.

Les communications de M. Bouchard ont encore eu une autre portée, c'est de mettre en valeur l'énorme rôle pathogénique des affections gastriques et de rappeler aux préoccupations médicales la pathologie d'un organe quelque peu délaissé.

D'ailleurs, le dogme de la dilatation gastrique devait être rapidement battu en brêche par l'étude chimique des sécrétions de l'estomac. Le mot de M. Germain Sée avait fait son chemin. Des travaux surgissaient de tous côtés. Ewald, Reichmann, Léo, Boas, Leube, Gluzinski, Jaworski, etc., M. Germain Sée et ses élèves, MM. Hayem et Winter, moi-même, étudions avec d'exacts procédés, la chimie pathologique de l'estomac. L'ancien chaos des dyspepsies s'éclairait progressivement; on les individualisait comme espèces morbides; on fixait leurs rapports avec les lésions de l'estomac; en un mot, on crut posséder un critérium pour caractériser cette chose confuse qu'était jusqu'alors la dyspepsie et pour déterminer la place nosologique de ses diverses variétés. Aujourd'hui, c'est la *doctrine du chimisme stomacal* qui règne en maîtresse et qui gouverne la pathologie et la thérapeutique des maladies de l'estomac.

(A suivre.)

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Société médicale des hôpitaux*, 1883, p. 227.

TOXICOLOGIE

Traitement de l'empoisonnement.

Par le Dr G. Bardet.

(Suite.)

Poisons exerçant une action générale après introduction dans la circulation.

Les agents toxiques susceptibles d'agir après introduction dans l'organisme sont nombreux. Leurs effets sont probablement dus à une action chimique élective exercée par eux sur certains éléments du système nerveux. Nous les étudierons successivement par groupe, de manière à les rassembler d'après les mêmes indications thérapeutiques.

Un certain nombre d'entre eux n'agissent réellement pas sur l'élément nerveux ou du moins exercent surtout une action altérante sur le globule sanguin. Dans ce cas, c'est la fonction respiratoire qui se trouve surtout atteinte puisque l'oxygénation du globule ne peut plus se produire; c'est pourquoi nous les étudierons sous le titre de *poisons respiratoires*.

D'autres agents n'ont pas d'action élective réellement dominante, tels la plupart des métaux, le phosphore, etc.; aussi les groupons-nous sous le titre vague de *poisons généraux*.

Pour les autres, nous suivrons la classification sommaire établie au début de cet article.

I. Poisons du cerveau et du système nerveux sensible.

Sous ce titre, on peut ranger toutes les drogues qui, prises à doses toxiques, sont capables d'amener de l'excitation ou

de la dépression cérébrale, en même temps qu'une action sur la sensibilité. L'*alcool* et les *alcooliques*, l'*éther*, le *chloroforme*, l'*opium* et ses *alcaloïdes*, les *solanacées* vireuses employées à faible dose, en un mot tous les anesthésiques généraux et la plupart des médicaments dits calmants et analgésiques sont des poisons du cerveau et de la sensibilité.

Mais de ce groupe on peut éliminer les solanacées pour les reporter dans la classe suivante : en effet, ces poisons n'agissent sur le cerveau que pendant la première période de leur activité, c'est-à-dire celle que l'on peut appeler physiologique, et quand ils provoquent des accidents sérieux, c'est que la dose a été élevée et alors on a à combattre des phénomènes paralytiques.

Nous ne retiendrons donc que les alcooliques, les anesthésiques et l'opium.

§ 1. Intoxication. — Quelle que soit la nature du poison ingéré, la scène toxique présente un ensemble de phénomènes qui se déroule à peu de chose près de la même façon. Le malade subit d'abord une période d'excitation, relativement longue et plus ou moins violente avec les alcools, plus courte avec les anesthésiques, toute psychique et assez longue avec les opiacés à petite dose.

Cette période d'excitation peut manquer lorsque la quantité de poison ingéré a été massive; dans ce cas, le malade est littéralement assommé et passe d'emblée à la seconde période.

Celle-ci, dite dépressive, est caractérisée par une perte complète de la connaissance et de la sensibilité ; la stase circulatoire va en s'accentuant, par suite de la gêne de la circulation, il se produit une congestion pulmonaire intense, la résolution musculaire est complète, la vie organique seule est conservée, le malade est dans un état de collapsus

déjà inquiétant, il frise la crise dangereuse de très près, encore un pas et la vie disparaîtra, la température s'abaisse, la respiration devient stertoreuse, les sphincters se relâchent, le cœur perd son rythme et s'arrête.

Tels sont, tracés à grands traits, les symptômes de l'empoisonnement par les poisons cérébraux. On peut y ajouter quelques caractères particuliers.

Au début de l'empoisonnement par l'alcool et l'opium, il y a souvent des vomissements, phénomène salutaire, puisqu'il élimine une partie du poison. C'est même grâce à ce phénomène que, dans les cas d'ingestion d'une très forte dose d'opiacés, le poison est rejeté avant son introduction dans la circulation, de sorte que le malade a plus de chance de guérison qu'avec une moindre dose.

Dans la première phase de l'empoisonnement par l'opium et même par l'alcool, la pupille est contractée; mais quand on arrive à la période paralytique, la pupille se dilate toujours. C'est donc là un signe important au point de vue du pronostic; notons aussi l'état d'anurie spécial à l'intoxication narcotique.

Avec les anesthésiques la scène toxique se déroule avec une grande rapidité, le malade passe facilement de la période d'insensibilité à celle de la paralysie et surtout l'on doit craindre l'arrêt du cœur, qui peut survenir brusquement par syncope au début même de l'anesthésie. C'est là un fait trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Tous ces phénomènes forment un tableau presque concordant dans tous ses détails, quel que soit l'agent toxique employé à produire l'intoxication; aussi beaucoup de toxicologues se sont-ils appuyés sur cette identité des symptômes pour établir un traitement analogue. Il est cependant utile d'appuyer la thérapeutique sur la connaissance exacte de la cause des accidents.

L'alcool et l'opium, ou ses alcaloïdes, provoquent une

hyperémie du cerveau ; c'est donc par congestion que se produit le mécanisme de l'intoxication. Avec les anesthésiques, au contraire, il y a ischémie cérébrale, d'où anémie profonde de l'organe et tendance à des syncopes brusques. Nous pensons que l'on doit tenir le plus grand compte de ces faits pour l'établissement d'une thérapeutique rationnelle.

§ 2. Traitement. — *Alcool et opium.* — Ce qui frappe le plus dans l'état des intoxiqués par l'alcool et l'opium, c'est sa ressemblance avec les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale généralisée. Mais comme la cause est toute accidentelle, il est évident que la thérapeutique doit avoir des indications particulières.

En premier lieu, il faut favoriser l'élimination du poison afin de soustraire le malade aux effets de tout ce que l'on pourra enlever de matière toxique. Donc, le premier soin du médecin appelé auprès d'un malade empoisonné par l'alcool ou l'opium sera de provoquer le vomissement. Si les phénomènes ne sont pas encore très accentués, si le malade est à la première période, c'est-à-dire encore agissant, on pourra user des procédés mécaniques, en attendant les médicaments ; ceux-ci seront le sulfate de zinc ou de cuivre ou la farine de moutarde *blanche*, de préférence à l'émétique et à l'ipéca qui déterminent toujours un état d'hyposthénie capable de nuire ensuite au patient.

Mais si le temps presse, il ne faut pas hésiter à user du lavage stomacal pratiqué largement.

Pour favoriser l'élimination, on introduira dans l'organisme des boissons diurétiques et stimulantes. On peut prescrire l'acétate d'ammoniaque à petite dose, mais on a beaucoup trop vanté cette drogue dans l'empoisonnement par l'alcool.

C'est surtout dans l'intoxication par l'opium que la théorie

thérapeutique des antagonistes est condamnée. On conseillait jadis l'atropine comme antagoniste de l'opium; mais, à faible dose, ce corps contribue à augmenter l'hyperémie cérébrale commencée par l'opium, et si on a la fâcheuse idée d'augmenter la dose du prétendu antidote, on arrive à superposer une nouvelle intoxication à la première, et cela au plus grand détriment du malade. D'autre part, si l'on s'en tenait aux propriétés physiologiques essentielles, la caféine devrait être placée à côté de l'opium, car elle aussi provoque une congestion céphalique intense; on devrait donc craindre de donner du café aux narcotisés. Or, l'expérience prouve au contraire que, dans l'empoisonnement par l'alcool et l'opium surtout, l'excitation propre à la caféine peut encore se produire et donner les meilleurs résultats thérapeutiques.

Il est à supposer que l'action de la caféine et du café n'est pas uniquement due à la propriété qu'ont ces corps de provoquer l'hyperémie cérébrale; ce dernier effet n'est qu'accessoire et est indépendant de l'excitation spéciale qu'ils provoquent sur les cellules grises. De plus, la caféine a une action tonique cardiaque dont les effets sont des plus utiles pour relever la circulation des malades.

Donc, en cas d'intoxication par l'alcool ou l'opium, il est urgent de profiter de cette précieuse propriété du café et ne pas craindre de faire ingurgiter au patient, après lavage préalable, de fortes décoctions de café.

Si l'état du malade est particulièrement grave, on pratiquera des injections sous-cutanées de caféine, en les faisant assez nombreuses pour introduire dans l'économie, par fractions, une dose de 30 à 40 centigrammes de médicament. Dans les cas d'empoisonnement, il arrive souvent que la circulation périphérique se fait très mal. Aussi, quand l'intervention a lieu au cours de la période paralytique, la voie sous-cutanée est impraticable, et il faut s'adresser à la

voie rectale ; c'est donc dans le rectum qu'on introduirait les solutions excitantes. On a alors plus de chance pour obtenir le passage du médicament dans le système général.

En même temps, on emploiera avec avantage les diverses médications externes utilisées contre l'hémorrhagie ou la congestion cérébrale, c'est-à-dire les révulsifs, largement administrés, de manière à ramener la circulation périphérique.

Outre ces soins à proprement parler thérapeutiques, il est nécessaire de stimuler violemment le malade, de le secouer, de le forcer à marcher, de lutter en un mot contre l'envahissement par le coma.

Si tous ces procédés échouent, le malade tombe dans le collapsus et alors, dans cette situation désespérée, il n'y a plus qu'à recourir aux prescriptions générales indiquées dans le premier chapitre et aux soins que nous allons indiquer à propos du traitement de l'intoxication par les anesthésiques.

Cependant, on a conseillé encore une prescription qui, d'après la loi ancienne des antagonistes, serait parfaitement justifiable. C'est l'essai des injections d'éther ou des inhalations du même corps, ou du chloroforme. Cela dans le but de tenter la lutte contre la congestion cérébrale. Mais c'est là une vue chimérique qui est interdite par la loi bien connue qui veut qu'un poison excitant ne puisse plus agir là où un poison paralysant a déjà exercé son action. Or, les anesthésiques, agents capables de produire l'ischémie par excitation des vaso-constricteurs, ne peuvent plus agir sur des vaisseaux où cette action a été déjà annihilée par l'opium ou l'alcool. Au contraire, les anesthésiques, poisons excitants des vaso-moteurs, peuvent être combattus par des agents doués de la propriété contraire de paralyser ces mêmes organes nerveux de la circulation.

Anesthésiques. — Nous avons dit que les anesthésiques

provoquaient de l'anémie cérébrale, d'où syncope et suspension de la respiration.

La syncope est un accident dramatique; quelques instants seulement sont accordés pour une intervention utile. Il est donc urgent que le médecin soit prêt à l'action, toutes les fois où il est appelé à manier les anesthésiques, car c'est le jour où il aura été négligent que l'accident se produira.

Dès que l'état syncopal sera manifeste, le malade doit être mis *la tête en bas,* et on place sous le nez et devant la bouche de l'ouate imbibée de nitrite d'amyle, en même temps qu'on pratique de violents mouvements de respiration artificielle. Un autre aide pratiquera des tractions rythmées de la langue.

Celles-ci ont pour but de provoquer le retour des contractions cardiaques, tandis que les mouvements respiratoires amèneront l'inhalation du nitrite d'amyle. On peut espérer alors qu'aussitôt le rétablissement de la circulation, même la plus fugitive, l'action congestive si vive du médicament pourra se produire sur le cerveau (1).

Il ne faut pas craindre d'agir longtemps, car on a vu des syncopés revenir après de longues minutes, des quarts d'heure d'efforts, et mieux vaut soigner un cadavre que de risquer d'abandonner un vivant à la mort.

A ces mesures thérapeutiques on joindra naturellement les flagellations sur la poitrine avec linges mouillés et, si on le peut, les inhalations d'oxygène.

Si tous ces procédés échouent, on peut essayer les applications du courant galvanique ascendant. Mais il faut

(1) Cette pratique est parfaitement rationnelle, elle a donné d'excellents résultats en cas d'alerte, à plusieurs confrères auxquels nous l'avons conseillée. Des expériences d'anesthésie prolongée pratiquée chez les animaux nous ont permis d'observer que le nitrite d'amyle amenait un rapide retour à la vie des sujets intoxiqués.

avouer que c'est là une opération faite par pur empirisme et sans que la raison d'être en soit absolument établie ; c'est une ressource suprême, qui ne vaut certainement pas les tractions rythmées de la langue, qui ne nécessitent l'emploi d'aucun appareil et qui semblent jusqu'ici avoir donné la plus grande somme de succès thérapeutiques.

On remarquera peut-être que nous avons passé sous silence les *antidotes* précipitants ou chimiques. C'est que leur utilisation est bien précaire et seulement théorique dans les circonstances. En effet, on ne connaît vraiment pas de substances inoffensives capables de transformer en corps inactifs l'alcool, le chloroforme ou l'éther. Quant aux alcaloïdes de l'opium il est bien rare qu'on arrive à temps pour précipiter la substance dans l'estomac. Quant à songer à agir sur la partie du poison qui a pénétré dans l'organisme, il n'y faut pas songer. Le lavage de l'estomac répond d'ailleurs à cette indication, on peut ajouter au liquide du tannin ; sans être bien favorable, cette précaution n'est, dans tous les cas, pas nuisible.

II. Poisons du système nerveux moteur.

Ces poisons sont de deux ordres selon qu'ils exercent une action excitante (type *strychnine*) ou au contraire une action paralysante (type *curare*).

Si l'on s'en tenait à cette indication physiologique, la classe des poisons moteurs serait vite établie et l'on n'y ferait entrer qu'un assez petit nombre de drogues. Mais au point de vue particulier des soins à donner à l'empoisonnement, une quantité considérable de poisons, surtout parmi les alcaloïdes, sont surtout dangereux parce qu'à côté d'une action, prédominante seulement pendant la période physiologique, il se produit, à la fin de la scène toxique, des phénomènes moteurs.

Presque tous les poisons qui tuent produisent de la paralysie. A ce titre, la strychnine, qui est cependant le type des convulsivants, amène des phénomènes paralytiques d'un genre particulier, puisqu'ils arrivent à supprimer le fonctionnement des muscles. Les poisons cardiaques provoquent une excitation ou une paralysie du cœur, ils sont, par conséquent, eux aussi, moteurs.

Le groupement des poisons est donc, comme toutes les classifications, une opération purement schématique. Nous ne garderons, par conséquent, dans ce groupe des poisons moteurs, que les médicaments susceptibles d'amener la mort par leur action sur le système nerveux moteur et justifiant, par suite, une thérapeutique systématique dirigée soit contre l'exaspération de l'action musculaire soit, au contraire, contre la tendance paralytique qui met la vie du malade en danger par suite de l'impossibilité où il va se trouver de respirer ou d'entretenir la circulation du sang.

Nous aurons donc, dans cet ordre d'idées, deux grands groupes : *Poisons convulsivants* et *poisons paralysants.*

Poisons convulsivants.

Les poisons capables de produire des convulsions, comme symptôme dominant et, par conséquent aussi, comme indication thérapeutique, l'*acide cyanhydrique*, l'*absinthe*, la *strychnine*, la *brucine* et l'*igasurine*, alcaloïdes fournis par différentes parties de strychnées diverses, noix vomique, fève de saint Ignace, fausse angusture et M'Boundou ou poison d'épreuve du Gabon, sont les seuls qui aient fourni un assez grand nombre de cas d'empoisonnement.

Dans l'intoxication par les strychnées, le plus souvent, le sulfate de strychnine est la cause de l'accident. On peut pourtant se trouver en présence de cas d'empoisonnement par l'ingestion d'une drogue contenant l'un de ces alcaloïdes.

La brucine est un convulsivant qui produit les mêmes effets que la strychnine, mais comme elle est 10 à 12 fois moins active que celle-ci, l'intoxiqué a plus de chances de guérir si la dose n'est pas trop élevée, d'autant plus qu'il paraît exact que l'intoxication se produit plus lentement qu'avec la strychnine. L'écorce de fausse angusture, qui contient plus de brucine que de strychnine est, par conséquent, moins active et dangereuse que la noix vomique et la fève de saint Ignace, beaucoup plus riches en strychnine et pauvres en brucine.

L'acide cyanhydrique ou prussique est assez souvent employé, mais les cyanures et surtout le cyanure de potassium ont causé un assez grand nombre de suicides ou accidents. L'absinthe n'a jamais été utilisée comme poison volontaire, mais le médecin peut rencontrer souvent des sujets empoisonnés par l'absinthe à la suite d'excès de boissons.

Intoxications. — Nous étudierons successivement chacun de ces poisons : 1° groupe des strychnines; 2° acide prussique et cyanures; 3° essence d'absinthe.

A. *Strychnine*. — L'empoisonnement par la strychnine est l'un des plus dramatiques de ceux que le médecin peut avoir à soigner en raison de l'intensité et de la longue durée du phénomène; une bonne thérapeutique, l'expérience l'a prouvé, peut amener d'heureux résultats dans les cas les plus désespérés en apparence.

On peut se trouver en présence de deux cas :

1° *Le malade n'a pris qu'une dose relativement minime de toxique :* Une dose de 1 centigramme de strychnine à l'état de sulfate ou de chlorhydrate, prise par la bouche et, à plus forte raison, en injection sous-cutanée, suffit pour provoquer des phénomènes dangereux.

Au bout de 15 à 30 minutes, le sujet éprouve des déman-

geaisons, une anxiété spéciale, puis des secousses musculaires rapides produisant une sorte de trépidation; bientôt survient du trismus et des crises paroxystiques de contractions musculaires très douloureuses. Ces crises se répètent à intervalles irréguliers pendant deux ou trois heures et parfois plus, puis elles diminuent d'intensité. Quand le malade a survécu trois ou quatre heures, on peut espérer la guérison, car l'élimination du poison, d'après Vulpian, est rapide. Chez certains sujets, une dose de 1 centigramme peut amener la mort. Dans ce cas, les phénomènes ultimes se rapprochent de la description suivante.

2° *Le malade a absorbé une dose considérable de toxique :* Par dose considérable, on peut entendre plus de 2 à 3 centigrammes, mais on a des observations de malades qui avaient absorbé 20 et jusqu'à 50 centigrammes.

Dans ce cas, les accidents débutent brutalement, au bout d'un quart d'heure, vont en s'accentuant rapidement et la victime (à moins d'un traitement convenable) meurt avant une heure. Une angoisse atroce surprend le malade, un fourmillement électrique semble suivre en quelques secondes le trajet des vaisseaux, jusque dans ses plus fines ramifications; aussitôt, et en débutant par la mâchoire qui se prend en un trismus effrayant, se manifestent des convulsions toniques généralisées. Tous les muscles se contractent à faire craquer les articulations et le malade peut à peine manifester sa douleur par des cris, à cause des contractions spasmodiques des muscles du larynx ; la respiration, les mouvements du cœur sont suspendus par la tétanisation des muscles spéciaux à ces fonctions.

C'est, on le voit, une attaque aiguë de tétanos, rien n'y manque : opisthotonos exaspéré, trismus poussé au maximum, intégrité des fonctions cérébrales.

La crise paroxystique dure de 30 secondes à une minute, le malade a ensuite un répit de 10 à 15 minutes, parfois

plus si on le soigne, puis les crises se précipitent de plus en plus violentes et prolongées, exaspérées et provoquées par le moindre mouvement, le moindre bruit. Enfin le malade ne peut plus respirer, il va finir ; à ce moment (comme dans toute crise extrême d'empoisonnement) la pupille se dilate, puis une dernière crise l'emporte quand le cœur trop surmené ne peut plus reprendre son mouvement à temps pour éviter l'arrêt de la circulation.

Nous nous sommes un peu étendus sur la scène toxique du strychnisme, parce que les phénomènes doivent guider le médecin dans les applications d'un traitement rationnel. Nous serons plus succincts pour les autres poisons.

B. *Acide cyanhydrique et cyanure*. — L'acide cyanhydrique et les cyanures produisent, eux aussi et à très faible dose, un empoisonnement dramatique, mais la crise est si rapide que l'effet produit sur l'entourage est moins poignant. L'intoxication du strychnisme ressemble au tétanos ; celle des cyanures se rapproche plus de l'épilepsie, comme celle de l'absinthe. La mort survient après les convulsions, dans un calme profond et avec perte de connaissance ; au contraire, le strychnisé garde jusqu'au dernier moment toute sa cérébralité.

Si la connaissance revient et si le malade recommence à respirer, on peut le considérer comme sauvé ; c'est que la dose a été insuffisante pour provoquer la mort, cas malheureusement très rare. Notons que l'acide cyanhydrique et les cyanures agissent directement sur le sang, comme l'oxyde de carbone et l'acide sulfhydrique, et rendent impossible la fonction oxyhémoglobinique.

C. *Essence d'absinthe*. — L'absinthé, lui aussi, a des attaques d'épilepsie, il tombe à terre l'écume aux lèvres, mais, dans les moments de rémission, il a des attaques de

délire actif qui le rendent dangereux pour les assistants. Il est à remarquer que dans le délire absinthique, il est difficile de faire la part qui revient à l'alcool. Si l'intoxiqué avait pris de l'essence d'absinthe pure, cas assez improbable, il y aurait lieu d'observer des phénomènes purement convulsifs.

Traitement. — Éliminons d'abord les indications de l'absinthisme et du cyanurisme, plus facile à établir.

En présence d'un absinthé en proie à des crises convulsives et délirantes, le rôle du médecin est facile : il pratiquera des inhalations anesthésiques, en même temps qu'il prescrira une potion calmante opiacée et bromurée. Cette médication ne tardera pas à faire de l'effet. Si l'état du malade devenait inquiétant par suite de troubles graves de la respiration et du cœur, on ferait des affusions froides, des flagellations avec une serviette mouillée sur la poitrine et l'on pourrait faire des injections sous-cutanées de caféine ou administrer à l'intérieur une préparation de digitale. Il est rare, du reste, que l'on soit obligé d'en venir à ces mesures thérapeutiques.

Le rôle du médecin devant un empoisonnement par l'acide cyanhydrique est le plus souvent nul. Il n'a guère qu'à constater la mort ou la guérison, car l'effet du poison, le plus souvent inhalé, est toujours foudroyant. Alors de deux choses l'une : la dose a été élevée et le malade meurt; ou, au contraire, elle a été faible et alors le malade revient de lui-même et rapidement à la vie. Dans ces conditions, la thérapeutique est nulle et le praticien ne peut faire que des prescriptions de circonstance. Les traités de toxicologie conseillent le chlore, l'ammoniaque, l'éther; c'est là de l'empirisme très bénévole, car aucune de ces substances ne donne de résultats sur les animaux intoxiqués par l'acide prussique, et d'ailleurs, comment se procurerait-on du chlore

assez à temps? Et cependant, c'est l'antidote le plus recommandé !

Avec les cyanures, la crise est un peu plus longue, mais les mêmes considérations peuvent être posées. On n'a certes pas le temps de songer à vider et laver l'estomac, car les cyanures sont si rapidement diffusibles que la mort survient en 10 à 15 minutes ! Il n'y a réellement qu'une indication utile à noter, c'est de se souvenir que les cyanures sont en réalité des poisons du sang et entravent la fonction respiratoire. L'unique ressource est donc de faire respirer de l'oxygène, en même temps qu'on fera inhaler des anesthésiques (?). On a ainsi quelque chance de prolonger le sujet jusqu'à ce que le poison soit éliminé ; mais, pour courir cette chance, il faudrait pouvoir agir de suite et, par conséquent, supposer qu'auprès du malade se trouve un ballon d'oxygène au moment de l'arrivée du médecin, condition presque paradoxale !

Nous sommes heureusement mieux armés contre l'empoisonnement par la strychnine ou les préparations qui en renferment. Nous supposons que le médecin arrive avant les convulsions.

En premier lieu, il faut injecter sous la peau du malade du chloral. Pour cela, il faudra donc envoyer chercher une solution.

Eau distillée.....................	100 grammes.
Chloral hydraté pur............	25 —

Cette solution est caustique, mais on n'a pas à s'inquiéter des délabrements produits, dans un cas aussi pressant.

Pendant que la solution se prépare, il faut vider et laver l'estomac avec de l'eau pure d'abord, puis avec de l'eau additionnée de tanin quand on aura pu s'en procurer. Si les convulsions sont déjà commencées, le lavage devient inutile et même dangereux.

Aussitôt qu'on aura pu le faire, on aura administré de suite par la bouche 5 grammes de chloral, soit le cinquième de la solution prescrite ci-dessus.

Dès les premières crises convulsives, le malade doit respirer du chloroforme et en même temps recevoir des injections répétées de la solution de chloral, pratiquées de préférence aux endroits les moins gênants, pour les futures escharres qui sont à prévoir, c'est-à-dire à la partie supérieure des membres inférieurs et sous le côté des fesses, cela jusqu'à ce que l'on ait fait pénétrer sous la peau 5 grammes de chloral en cinq injections, de chacune 4 centimètres cubes, de la solution indiquée.

Dans l'intervalle des crises, le malade doit être maintenu dans une obscurité relative et à l'abri de tout bruit et de toute vibration, le silence doit être aussi absolu que possible.

On doit continuer les injections de chloral sans crainte, tant que les crises se manifestent et jusqu'à épuisement de la solution, de manière à administrer les 15 grammes de chloral qui restent par frictions successives de 1 gramme, espacées en 10 ou 15 heures si c'est nécessaire. Le chloral est admirablement toléré par les strychnisés. Bien entendu, on continuera les inhalations de chloroforme au moment des paroxysmes.

Si la respiration est dangereusement arrêtée, il faut faire inhaler un peu d'oxygène dans les rémissions. Enfin, quand on voit la pupille se dilater et la mort imminente on pourrait, comme ressource suprême, essayer d'une injection intraveineuse de chloral à 1 0/0, faite très lentement et avec le plus de précautions possibles (1).

(1) En disant *précaution possible* nous tenons compte de la nécessité qui commande d'agir avec décision et rapidité et ne permet pas de s'entourer de toutes les précautions habituelles pour une opération aussi grave.

Voici la méthode qui nous paraît la plus chanceuse de réussir et cela parce qu'elle a réussi à Faucon et Debierre dans un cas désespéré, à la suite de l'ingestion de 0 gr. 40 de sulfate de strychnine. La lutte a duré vingt-et-une heures pendant lesquelles la malade a reçu, soit par la bouche, soit par la peau, la dose énorme de **trente-quatre grammes** de chloral.

Bien entendu, si le malade guérit, on aura à s'occuper de soigner les escharres causées par les injections caustiques de chloral.

Le professeur Coze a proposé d'utiliser les injections de carbonate d'éthyle ou uréthane, auquel il a reconnu expérimentalement des propriétés réellement antagonistes de la strychnine. On pourrait essayer ces injections qui ne sont pas caustiques, grand avantage sur le chloral. Dans ce cas, on userait d'une solution aqueuse concentrée d'uréthane, ce corps est un hypnotique, il est donc possible d'espérer qu'on aurait avec lui de bons résultats, mais il faudrait alors forcer un peu les doses car il est moins actif que le chloral.

A ces indications, mais seulement en cas de commencement d'amélioration, on peut administrer l'alcool à assez haute dose, en raison de son action diurétique, dans le but de hâter l'élimination du poison.

Quant à l'antagonisme qu'on a voulu établir entre la strychnine et les alcaloïdes cérébraux ou paralysants comme les opiacées, le curare, l'atropine, la nicotine, etc., il est inutile d'en parler autrement que pour en blâmer énergiquement l'emploi, attendu qu'en les administrant on ne ferait qu'ajouter une intoxication nouvelle à la première, sans avoir aucune chance d'obtenir un résultat. Cette observation est d'autant plus à faire que plusieurs fois on a eu le tort d'employer le curare sans aucun succès, au contraire.

On a aussi vanté la saignée, c'est là une mesure inutile. Certes, on a l'avantage de soustraire une petite quantité de

poison, mais combien peu! Par contre, on met l'organisme en état de moindre résistance, condition assurément fâcheuse.

Nous avons noté la ressemblance complète qui met la crise toxique de la strychnine à côté de celle du tétanos. Or, celle-ci est due à l'invasion de l'organisme par une toxine spéciale dont les effets sont analogues à ceux de la strychnine. On peut donc rationnellement rapprocher les deux maladies au point de vue de la pathologie générale, car les deux poisons sont de nature alcaloïdique. Il y a certes une différence d'origine puisque, dans le tétanos, la toxine est sécrétée sur place par un bacille, mais, une fois la toxine introduite dans la circulation, elle agit à la façon de la strychnine.

Devant cette ressemblance et après les tentatives de traitement des maladies toxiniques par les antitoxines, il serait curieux d'essayer contre la strychnine les produits indiqués par les promoteurs des nouvelles méthodes contre le tétanos.

Nous n'avançons cette possibilité que comme un essai, mais l'expérience est certainement pour tenter un physiologiste, car sa réussite jetterait un jour particulièrement utile sur la physiologie encore si obscure des empoisonnements.

(*A suivre.*)

CHRON QUE

Médications singulières et panacées oubliées.

La Zoothérapie.

Le chien et ses vertus médicatrices,

Par le Dr Cabanès.

Buffon, dans ce style admirable dont la magnificence éblouit plus qu'elle ne charme, a consacré vingt pages à

l'histoire naturelle du *chien;* Alph. Karr, à moins que ce ne soit le peintre Charlet, se contentait de moins de vingt mots pour définir ses qualités. Lamartine, Baudelaire, et tant d'autres, *poetæ minores*, n'ont pas caché leur sympathie pour cet ami de l'homme, son compagnon fidèle dans les jours de tristesse comme aux heures de joie. Mais ce qu'ils n'ont pas dit, non sans doute parce qu'ils l'ignoraient, mais parce qu'il ne leur appartenait pas de nous l'apprendre, c'est jusqu'où le chien poussait le dévouement à ceux qui lui ont payé ses services en le domestiquant. Qu'il subisse toutes les humiliations, sans pousser le moindre aboiement plaintif, sans recourir à des représailles dont il lui serait si facile d'user, parce que les caresses lui font vite oublier les coups, il n'y a rien là qui étonne, bien que ce doux animal fasse ainsi preuve d'une résignation, d'une endurance que beaucoup d'êtres humains ne seraient pas mal venus à lui envier. Mais qu'il pousse l'abnégation, l'appétit du sacrifice jusqu'à se laisser immoler pour le soulagement de qui le torture, c'est de la vertu qui confine à l'héroïsme, c'est de la passivité qui ressemble fort au fatalisme du musulman ou à la foi aveugle du chrétien courant au martyre.

Son sort est cependant plus enviable aujourd'hui que jadis, puisqu'il ne sert plus qu'à des expériences physiologiques qui le font souffrir sans qu'il en meure, alors qu'autrefois on le mettait à mort sans le faire souffrir. S'il leur était donné d'exprimer leur opinion, il n'est pas douteux qu'ils maudiraient le progrès, et demanderaient bien vite le retour au passé.

Il paraîtra moins invraisemblable qu'on ait pensé à utiliser le chien comme remède, quand on saura qu'on a d'abord songé à l'apprécier comme mets. Dès la plus haute antiquité, certaines peuplades d'Asie, d'Afrique et d'Amérique ont mangé de la chair de chien. C'est un

régal pour les nègres qu'un chien bien à point rôti. Les Romains, dont les goûts culinaires sont bien connus, en servaient sur leurs tables les plus somptueuses. Ils figuraient toujours dans les festins qu'on organisait dans les réjouissances publiques ou pour fêter la consécration des pontifes. Pline ne craint pas d'écrire que les petits chiens sont excellents, et qu'on ne les jugeait pas indignes de les présenter aux dieux. Au rapport d'Hippocrate, les Grecs n'étaient pas moins friands de la viande de chien. On sera peut-être curieux de connaître l'origine de la coutume de manger du chien. Nous la donnerons telle que l'a contée Porphyre, écrivain grec du IIIe siècle (1).

Un jour qu'on sacrifiait un chien, certaine partie de la victime tombe par terre; le prêtre la ramassa pour la remettre sur l'autel; mais elle était très chaude et il se brûla. Par un mouvement spontané et assez en usage dans ce cas, il mit les doigts dans la bouche et il trouva que le jus était fort bon. La cérémonie terminée, il mangea la moitié du chien, et porta le reste à sa femme; à chaque sacrifice, ils se régalèrent de la victime. Bientôt le bruit en courut dans la ville, chacun voulut en essayer, et dans peu de temps on trouva des chiens rôtis sur les meilleures tables; on commença par manger les jeunes chiens, puis on fit cuire les gros. On fit des expériences, on châtra les chiens pour les engraisser; le progrès culinaire amena de bons résultats et bientôt les personnages les plus fashionables de Rome ne purent plus donner à dîner sans offrir un chien rôti. Les chiens de lait furent aussi fort longtemps à la mode chez les gastronomes romains, comme le seraient aujourd'hui les cochons de lait.

(1) *Traité de l'abstinence de la chair des animaux*, livre IV Paris, 1747, in-12 et Elzéar Blaze, *Histoire du chien*, Paris, 1846, p. 210 et 211.

Le chien est un mets aussi recherché en Chine qu'en Grèce. On le vend dans toutes les boucheries chinoises, mais il n'est accessible qu'aux gens fortunés.

En France, on n'a guère eu recours au chien que dans les époques troublées de notre histoire. Pendant le siège de Paris par Henri IV, on s'empara de tous les chiens errants pour les cuire à la broche. Le *Journal de l'Estoile* dit qu'on en faisait d'énormes *marmitées* pour les pauvres ; aux riches, on réservait les chevaux, les ânes et les mulets ; et au dire des gourmets, ils n'étaient pas les mieux partagés. On ne vit reparaître les chiens sur les tables parisiennes que lors du dernier siège, celui de 1870-71. Le *gigot de chien*, les *côtelettes de chien grillées*, le *filet de chien aux légumes*, le *rata de chien* (1), calmèrent alors bien des fringales.

Au reste, durant ce siège tristement mémorable, on utilisa, comme aliments, beaucoup d'animaux pour lesquels d'ordinaire on éprouve une instinctive répugnance. C'était une bonne fortune quand on pouvait se procurer du cheval, des chats, voire même des rats. Dans un repas fait le 17 novembre 1870, et dont le menu a été publié (2),

(1) Nous avons trouvé les formules de ces divers plats dans une petite brochure introuvable qui est en notre possession, dont le titre est : *La cuisinière assiégée ou l'art de vivre en temps de siège* par *Une femme de ménage* (le libraire Laporte). Nous ne reproduisons, à titre de curiosité qu'une recette, celle du *Rata*.

« Coupez par morceaux, de la poitrine, du cou, etc.; faites revenir dans la graisse avec oignon, clou de girofle, laurier, thym, sel et poivre. Quand la viande a pris belle couleur, on la retire et on met dans le jus, pommes de terre, haricots, choux, riz ou navets. A moitié de la cuisson on ajoute sa viande et on laisse cuire.

« Ce plat, peu coûteux, ne manque pas de saveur; il fait les délices de nos soldats (*Sic*). Je ne doute pas qu'il soit bien accueilli sur des tables mieux servies que la leur. »

(2) V. *Curiosités de l'histoire naturelle*, par de Varigny, p. 334 et *Bulletin de la Société zoologique d'acclimatation*, 1870, p. 592.

on relève — à côté de *brochettes de foie de chien à la maître d'hôtel, d'épaules et de filets de chien braisés sauce tomate, de gigots de chiens flanqués de ratons sauce poivrade, — un émincé de râble de chat, un civet de chat, un consommé de chat* et *un salmis de rats!* Le tout fut trouvé exquis et l'opinion unanime des convives se traduisit par l'étonnement de s'être si longtemps privés de mets aussi savoureux.

Mais c'est assez parler du *chien-aliment,* arrivons à notre but qui est de vous entretenir du *chien-médicament.*

On a employé le chien comme remède aux affections les plus dissemblables pour guérir du mal de dents et de l'épilepsie; pour faciliter les accouchements et calmer les tranchées, pour faire disparaître la goutte aussi bien que les rhumatismes.

On a eu d'abord la cruauté de partager en deux des chiens vivants pour les appliquer tout chauds, et encore palpitants, sur des membres meurtris ou enflammés. On s'est contenté d'autres fois d'appliquer de petits chiens vivants sur le ventre de malades souffrant de fortes coliques, et la chaleur qui en résultait suffisait à procurer un prompt soulagement. On les dressait à lécher les plaies, et il en résultait un adoucissement. N'est-ce pas dans l'*Evangile de saint Luc* qu'on lit que des chiens léchèrent les ulcères de Lazare, auquel le mauvais riche refusait les miettes de sa table? (1)

C'est de ce moyen qu'usa au siècle dernier un charlatan, qui se faisait appeler le *médecin de Chaudray* (2), et dont les cures eurent grande vogue.

(1) *Sed et Canes veniebant, et lingebant ulcera ejus. Luc,* chap. 16-21.

(2) Pour des renseignements sur le personnage, consulter la *Notice sur Christophe Ozanne, Médecin empirique de Chaudray près de Mantes.* Chartres, 1874,

Dès le XVIe siècle, on s'était avisé que les maladies de l'homme pouvaient se transmettre au chien qui prenait, pour ainsi parler, la maladie à son compte. Le médecin astrologue Cardan cite le cas d'une servante épileptique qui fut guérie de son « haut mal » après avoir couché quelques nuits avec son chien, lequel devint épileptique. Ceci se passait à Malte.

Une autre servante, on ne nous dit pas de quel pays, éprouvait un violent mal de dents; on lui conseilla de s'appliquer sur la joue un petit chien. « Elle fut guérie, et le petit chien se mit à courir et à aboyer avec toutes ses dents malades » (1).

Paullini rapporte d'autre part qu'une veuve, attaquée de la peste, s'appliqua un jeune chien quelque part, *circula vulvam*, et que sa santé devint excellente; mais le chien en mourut (2). P. Borel, l'anglais Fludd ont également soutenu, avec faits à l'appui, qu'il n'était meilleur moyen de soulager les douleurs des goutteux et des rhumatisants que de les faire coucher avec un jeune chien. Mais croirait-on que de nos jours on ait encore recours à ces pratiques d'un autre âge?

Le professeur (?) Roux (de Lausanne) communiquait récemment à la Société d'Hygiène, de Lausanne, les deux observations suivantes :

La première a trait à un M. D..., clerc d'avoué à Chambéry, atteint de rhumatismes articulaires. M. D... possédait un chien griffon âgé de trois ans qu'il faisait coucher avec lui chaque fois que ses crises le prenaient, car il lui semblait que le corps de l'animal, appliqué sur la région douloureuse, calmait son mal. Ce chien, ordinairement très

---

(1) *De rerum varietote, libri XII, cum appendice.* Bâle, 1557, in-folio, livre VI, ch. 33. Cité par Blaze.

(2) Elz. Blaze, *loc. cit.* 223.

caressant, donnait alors des signes évidents de malaise et, s'il parvenait à s'échapper, allait se réfugier dans le coin le plus obscur de l'appartement.

Dans le courant de novembre 1887, les crises prirent M. D... avec plus d'intensité que d'habitude. Pendant toute une nuit, il garda son chien dans son lit, maintenu de force contre le siège du mal. Le lendemain, les douleurs avaient disparu, mais le chien était malade, poussait des gémissements plaintifs ininterrompus, et, deux jours après, il expirait dans une convulsion suprême (1).

Le second cas est celui d'une dame de Lausanne qui faisait disparaître, pour un certain temps, de très fortes migraines par l'application du corps de son chien sur le front, et l'animal n'en paraissait pas incommodé.

Un autre médecin de Genève, dont on ne nous a pas appris le nom, prétend avoir observé un Languedocien qui calmait ses douleurs rhumatismales, « en les faisant passer dans les muscles de ses chiens », dont la plupart mouraient. On le connaissait dans son pays sous le nom de *crèbo-tché* (le crève-chien). N'oublions pas que c'est presque en Gascogne que le fait se passe.

Pas seulement en Gascogne, puisque, de temps immémorial, les ouvriers des manufactures de coutellerie de Thiers — en Auvergne — emploient, eux aussi, les chiens vivants contre le rhumatisme.

D'après un auteur qui paraît renseigné (2), voici comment ils s'y prendraient :

L'ouvrier émouleur doit se coucher à plat ventre sur une planche inclinée, devant sa meule de grès, qui tourne avec rapidité au-dessus d'une rigole d'eau où elle baigne inférieurement. Mais, dans un atelier où opèrent plusieurs

(1) V. la *Science française*, 1895, p. 197-198.

(2) Idem, ibidem.

batteries de ces meules, l'atmosphère est nécessairement saturée de leurs humides éclaboussures, et très propice, par conséquent, aux rhumatismes. Or, chaque travailleur est doublé d'un toutou qui, dès que son maître s'étend sur la planche, se campe sur le dos, et s'y allonge, de façon à garantir du froid humide la région de la colonne vertébrale.

Il faut bien que cette pratique soit bonne, ajoute notre auteur, puisque des générations de braves travailleurs se succèdent en y restant fidèles.

Mais, que sont de pareils services en raison de ceux que rendaient jadis, au dire de Cloquet, les petits chiens nouveau-nés que l'on employait, à défaut de l'enfant, à téter les femmes en couches et les nourrices, « dans certaines circonstances où l'on a intérêt de conserver à la sécrétion du lait son rhythme normal ? » (1)

A coup sûr, les services que rend le chien vivant sont moins contestables que ceux que l'on attribuait jadis au même animal après sa mort, qu'on fît usage du corps entier ou de l'un de ses fragments. Les anciens formulaires nous renseignent avec la plus sévère minutie sur les précautions à observer pour se procurer « un petit chien, ou une chienne braque, qui ait ouvert les yeux depuis peu de temps » (2), qu'on coupe par petits morceaux, et qu'on mélange avec « des sortes de vers de terre et des pains de genièvre » (3) — oh ! l'horrible mixture ! — pour en faire des huiles ou des onguents lénitifs. Ne souriez pas trop, car nous ne sommes pas autrement certain que *l'huile de petits chiens* ne soit pas encore employée par quelque rebouteux de village pour guérir les entorses ou les paraly-

(1) *Faune des médecins*, t. IV, p. 110.
(2) *Secrets d'Alexis le Piémontais.*
(3) *Dictionnaire de santé.*

sies des membres. Ce que nous pouvons assurer, c'est que le plus grand chirurgien du xvie siècle, Ambroise Paré, s'il vous plaît, l'a prônée en toute circonstance, et que la *Pharmacopée* de Lémery, en tête de laquelle figure l'approbation motivée et très élogieuse des « doyen et docteurs régents de la Faculté de médecine » et des « maîtres et gardes apothicaires de Paris » enregistre tout au long sa formule (1).

Le bon A. Paré était tellement persuadé de l'efficacité du baume canin, qu'il se fit un devoir de conter comment il en avait connu la recette. C'était au temps où le chirurgien de Charles IX était attaché au service du maréchal de Montéjean dans la campagne du Piémont.

« Lorsque nous entrâmes à Turin, écrit Paré, il se trouva un chirurgien qui avait le bruit par-dessus tous de bien médicamenter les arquebuzades, en la grâce duquel je trouvay moyen de m'insinuer, et luy fis la cour près de deux ans et demy, auparavant qu'il me voulut déclarer son remède, qu'il appelait son baume.

« Cependant, M. le maréchal de Montéjean, qui estoit demeuré lieutenant-général du roi en Piedmont, mourut; adonc, je remonstray au chirurgien que je m'en voulois m'en retourner à Paris, et le suppliay qu'il me tint promesse de me donner la recette de son baume; ce que volontairement il fit, attendu que je quittois le pays.

« Il m'envoya quérir deux petits chiens, une livre de vers de terre, deux livres d'huile de lys, six onces de térébenthine de Venise, et une once d'eau-de-vie; et, en ma présence, il fit bouillir les chiens tout vivants en ladite huile, jusqu'à ce que la chair laissast les os; et après, mit les

(1) V. Franklin, *Les médicaments*, p. 128. — L'huile de petits chiens entrait dans la composition de l'*emplâtre diabotanum* de la *Pharmacopée de Lémery*.

vers qu'il avoit auparavant faict mourir en vin blanc, afin qu'ils jettassent la terre qui est toujours contenue en leurs ventres.

« Estant ainsi vidés, les fit cuire en ladite huile, jusqu'à ce qu'ils devinssent tout arides et secs ; alors, fit passer le tout par une serviette, sans grandement en faire expression cela fait, y adjouta la térébenthine, à la fin l'eau-de-vie et appela Dieu à témoin que c'estoit son baume, duquel il usoit aux playes faictes par arquebuses et autres qu'on prétendoit suppurer, et me pria de ne divulguer son secret. » (1)

Malgré l'autorité d'Ambroise Paré, il ne semble pas que l'*huile de petits chiens* ait détrôné la *graisse* du même animal. La *graisse de chien* suffisait à tout, elle guérissait de tous les maux, et de temps immémorial, s'il faut en croire Nieneyer, les paysans Wetsphaliens, atteints de tuberculose, ingèrent de la graisse de chien à haute dose comme ils avaleraient de l'huile de foie de morue.

Au reste, toutes les parties du chien ont été plus ou moins mises à contribution. Le crâne brûlé, pulvérisé, hâtait la dessiccation des ulcères ; bu dans le vin, il guérissait la jaunisse et les convulsions.

La cervelle du chien était un antidote contre la manie, mais le chien devait être d'une seule couleur. On s'en servait aussi contre la frénésie, et pour raccommoder les membres cassés.

L'œil du chien servait contre l'ophalmie. Les dents calcinées, contre le mal de dents. Julien prescrivait aux splénétiques la rate de chiens nouveau-nés.

Le lait de chienne était considéré comme excellent pour la nourriture des enfants.

---

(1) Coulon. *Curiosités de l'histoire des remèdes*, p. 114.

On se basait sur ce qu'Esculape, le dieu de la médecine, avait été nourri par une chienne ! On employait également ce lait dans les accouchements difficiles. (1) On s'en servait encore pour les maux d'yeux et d'oreilles, et pour l'alopécie.

Pour guérir la gale et les coliques, ou les rhumatismes, on cousait le malade dans des peaux de chien, fraîchement écorchées et encore chaudes.

On a aussi préparé des gants avec la peau des chiens, qui est, paraît-il, d'un tissu fin et serré. On les recommandait pour adoucir les téguments de la main et pour en calmer les démangeaisons, comme on ordonnait de porter des bas de la même matière contre les varices et les engorgements fluxionnaires des jambes et des pieds (2).

On a préconisé la poudre d'os calcinés de chien, comme siccative, et on a conseillé de l'appliquer sur les ulcères, les rhagades de l'anus et les tumeurs des testicules (3). Son sang a été parfois substitué à celui du bouquetin et jouissait des mêmes propriétés. De même le fiel remplaçait la tête de bœuf et servait aux mêmes usages. Nous retrouverons le sang de chien dans la composition de certains philtres amoureux. D'aucuns lui ont attribué des vertus confortatives et génératives, qui ne sont rien moins que discutables.

L'urine du chien était efficace contre la carie des dents, les ulcères et les verrues. La Faculté de Londres dut intervenir pour en interdire l'emploi, tant il s'était commis d'abus (4).

---

(1) Elzéar Blaze, *loc. cit.*, p. 227.

(2) Cloquet, *loc. cit.*, p. 111.

(3) Schneider, zool., cité par Cloquet.

(4) Primerose. *De vulgi erroribus in medicinâ*, libri IV. Amsterdam, 1639, in-12, lib. II, ch. V.

Et l'*album græcum*, la *crotte de chien*, pour l'appeler par son nom, qui n'en a entendu parler dans sa prime enfance? Y a-t-il si longtemps qu'elle a disparu des bocaux des antiques officines ?

En fallait-il des précautions pour obtenir une bonne préparation ?

Et d'abord on devait nourrir uniquement avec des os les chiens qu'on devait sacrifier plus tard, puis les empêcher de boire, pour donner à leurs excréments une teinte blanche et une consistance friable. Après avoir choisi tout exprès le mois de mars, ou l'époque des grandes chaleurs de la canicule, il devenait facile de se persuader et de convaincre autrui que l'on avait enfin en sa possession un remède assuré contre tous les maux.

Comment parvenait-on à guérir l'hydropisie et les ulcères, l'amygdalite et l'esquinancie ? C'est ce que nous ne nous chargerons pas d'expliquer. Combien il était plus rationnel de s'en servir contre l'entérite chronique ou la dyssenterie, puisqu'en réalité, administrer de l'*album græcum* équivalait à donner du... phosphate de chaux !

Et c'est la constatation qu'il nous arrivera souvent de faire, dans le cours de ces études de thérapeutique rétrospective, que les remèdes en apparence les plus singuliers, les plus étranges, contiennent presque toujours un élément actif. Ce n'est pas un des moindres bienfaits de la chimie analytique d'avoir substitué à toutes les drogues nauséabondes de jadis, des produits bien définis, convenablement purifiés dont l'emploi ne nous ménagera plus désormais ni surprise ni danger.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Un nouvel anesthésique local : le gaïacol. Lucas Championnière, Acad. de méd., séance du 30 juillet 1895). L'auteur a présenté, en son nom et en celui de M. André, son interne en pharmacie, une note sur les effets anesthésiques de l'huile gaïacolée à 10 et 5 0/0. Le volume du liquide injecté est d'un centimètre cube et la piqure doit être sous-dermique.

Les premiers essais faits par M. Marin ont portés sur la chirurgie dentaire : les résultats sont supérieurs à ceux que donne la cocaïne. L'auteur s'est muni de cette substance pour pratiquer des ablations de loupes et des ouvertures de phlegmons : l'anesthésie s'obtient en 10 minutes environ.

Indications opératoires dans l'appendicite à repétitions (Professeur Berger, *Journal de médecine, juin 1895*). — Le professeur Berger conseille d'intervenir dans les cas suivants :

1° Dans les poussées d'appendicite multipliées et de gravité ascendante il faut opérer à froid ;

2° Douleurs constantes qu'on n'arrive pas à faire disparaître ni même à atténuer dans une certaine mesure ;

3° Lorsque la poussée est terminée et qu'il reste une tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

Dans les cas graves, traitement médical par lequel il faut toujours commencer ; repos absolu au lit, diète liquide pour favoriser les évacuations ; antiseptiques à doses faibles.

Dans les cas modérés prendre les précautions suivantes :

Repas très réguliers et à des heures déterminées ;

Aliments pris en petites quantités, mangés lentement et bien mâchés ; régulariser les garde-robes ; vin blanc comme boisson ; régime légèrement herbacé.

Massage prudemment et doucement pratiqué pour favoriser le cours des matières fécales et par conséquent leur évacuation.

Traitement des hémorrhoïdes par l'insufflation (*Journal des Praticiens, juin 1895*, Palame de Champeaux. — C'est le traitement du médecin hollandais Aghina (de Hoorn, et qui agit à la manière du ballon de Petersen contre les hémorrhagies nasales et internes (*Arch. de méd. navale*, 2 mars 1895, p. 230.

Le malade sur lequel notre confrère de la marine en fit usage, était hémorrhoïdaire depuis longtemps, fut traité d'abord par l'insufflation avec une sonde de femme muni d'un sac en baudruche. Puis, procédé plus perfectionné, on le répète avec une sonde uréthrale n° 10 percée d'un second trou à quelques centimètres de son extrémité. Cette sonde portait un cordon destiné à faire un réservoir d'air. Comme appareil insufflateur, on adapta à la sonde, par l'intermédiaire d'une plume d'oie, le tube en caoutchouc du pulvérisateur de Richardson. Les hémorrhoïdes sont encore rentrées ; elles sont sorties dans la journée mais moins volumineuses.

Le 26 janvier troisième et dernière séance ; le malade est guéri conservant de la rectite pendant quelques jours ; j'attribue cette rectite à ce que le procédé n'avait pas été appliqué assez tôt et que quelques hémorrhoïdes rentrées ont peut-être suppuré,

Médecine générale.

Lymphadénome du cou et Liqueur de Fowler. — *Gaz. méd. de Picardie*, juillet 1895). L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 48 ans, atteint de lymphadénome du cou sans leucocythémie, chez qui la méthode sanglante avait donné des résultats déplorables. Quelques gouttes de liqueur de Fowler furent injectées dans la tumeur et la même liqueur administrée à l'intérieur à la dose progressive de 20 à 25

gouttes. Au bout de deux mois, la tumeur avait presque disparu.

Crétinisme sporadique traité par l'extrait de glande thyroïde.

(TELFORD-SMITH, *Journal of mental Science*, mai 1895.)

L'extrait de glande thyroïde a donné lieu à une amélioration notable dans 4 cas de crétinisme sporadique. On commença dans tous ces cas par de petites doses quotidiennes de 0gr,18 allant graduellement, suivant l'effet obtenu, jusqu'à la dose de 0gr,30 par vingt-quatre heures et même davantage.

Voici les effets principaux de ce traitement :

1° Presque dès la première dose, il survint de l'élévation de la température; le traitement était-il continué, la température se rapprochait petit à petit de la normale ;

2° Deux à trois semaines après l'institution du traitement, la peau commença à desquamer, et la perspiration perceptible se montra de nouveau;

3° Diminution de la consistance myxœdémateuse des tissus sous-cutanés et diminution du poids du corps ;

4° Augmentation relativement rapide de la taille des malades ;

5° Disparition de la constipation opiniâtre;

6° Les malades, d'apathiques et de paresseux qu'ils étaient auparavant, sont devenus actifs, vifs et intelligents.

Les deux symptômes suivants nous permettront de juger si la dose employée est suffisante : la température se maintient-elle à 36°,4-36°,6 centigrades, l'émaciation ne survient-elle pas, on peut être sûr d'avoir administré la dose strictement nécessaire pour le traitement efficace dans chaque cas donné. (*The Glasgow medical Journal*, juin 1895, p. 464.)

Pharmacologie.

Sur l'échange des matières chez les sujets traités par la glande thyroïde (A. Dennig, *Münchener medicinische Wo-*

chenschrift, 23 avril 1895). — Sous ce rapport est surtout digne d'attention l'observation de Leichtenstern qui a constaté souvent, à la suite de l'administration de la glande thyroïde, une diminution quelquefois rapide du poids du corps. Cette diminution est-elle due seulement à la perte de l'eau et à la disparition du panicule adipeux, ou bien à la décomposition plus énergique des albuminoïdes? Il est d'autant plus important de résoudre cette question que, à la suite de l'administration prolongée de la glande thyroïde, il survient des troubles notables de l'état général qu'on pourrait baptiser de l'appellation de thyroïdisme. Ces troubles consistent en faiblesse, congestions, céphalées, tremblement, anorexie, vomissements, accès de sténocardie et de tachycardie, fièvre, apparition de furoncles, albuminurie, glycosurie, etc.

Dans ses observations sur les échanges des matières, Vermehren a démontré que chez les myxœdémateux qui présentaient auparavant une élimination d'azote diminuée, de même que chez les vieillards, l'administration de la glande thyroïde augmentait considérablement la quantité d'azote éliminé.

L'auteur a entrepris ses recherches sur trois personnes robustes et bien portantes ; chez deux, l'administration n'a provoqué qu'une légère augmentation passagère de la quantité d'azote éliminée et n'a exercé aucune influence sur la diurèse, et dans le troisième cas il est survenu une augmentation transitoire de la quantité de l'azote éliminé, de même que de l'urine excrétée. L'auteur a pris lui-même pendant deux mois de la glande thyroïde : le poids du corps, de 90 kilogrammes qu'il était, est tombé à 85 kilogrammes et dans l'urine on a décelé la présence du sucre (galactose?). (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 19, p. 383.)

Sur l'action du parachlorophénol sur le bacille de la tuberculose et son emploi pour le traitement local de la tuberculose laryngée. (Spenglère, thèse de Saint-Pétersbourg, 1895). — De ses recherches sur l'action du parachlorophénol

sur le bacille de Koch dans les cultures pures et dans les crachats des tuberculeux, l'auteur conclut que le parachlorophénol est un des meilleurs désinfectants et bactéricides du bacille de la tuberculose. L'action du parachlorophénol fut démontrée en injectant aux cobayes des cultures et des crachats soumis préalablement à l'influence du parachlorophénol : aucun de ces animaux ne devint tuberculeux.

L'action thérapeutique du parachlorophénol fut essayée dans 26 cas de tuberculose laryngée ordinairement associée à la tuberculose des autres organes, surtout le poumon. La guérison est survenue dans 10 cas (= 38,5 0/0).

L'auteur résume comme suit les résultats de ses observations :

1° Les solutions glycérinées de parachlorophénol, à commencer par la solution à 10 0/0 et en allant au parachlorophénol pur (= 100 0/0), provoquent la cicatrisation des ulcérations laryngées superficielles et profondes et la résolution des infiltrations tuberculeuses.

2° On n'observe pas de réaction, ni phénomènes d'irritation.

3° Les glycérolés de parachlorophénol en applications locales agissent comme analgésiques dans la tuberculose laryngée de n'importe quelle forme. Ce qui différencie, à son avantage, l'action analgésique locale du parachlorophénol d'avec celle de la cocaïne, c'est qu'elle persiste pendant plusieurs jours, tandis que celle du chlorydrate de cocaïne n'est que passagère.

4° Le traitement local de la tuberculose laryngée par le chlorophénol est supérieur à l'intervention chirurgicale et aux badigeonnages avec l'acide lactique, en ce qu'il peut être employé dans toutes les formes de tuberculose laryngée, dans n'importe quel stade, jusqu'aux derniers jours du malade.

5° Le parachlorophénol agit favorablement sur le lupus des muqueuses qui guérit parfois sous son influence. (*Vratch*, 1895, n° 25, p. 710.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Traitement de la gangrène pulmonaire (par Plicque, *Gaz. Med. de Paris*, août 1895). — Les indications sont de 3 ordres : 1° Antisepsie pulmonaire ; 2° État général ; 3° Interventions locales (thoracentèse ou pneumotomie).

Pour réaliser l'antisepsie pulmonaire on a usé de nombreux moyens. Les expectorants qui facilitent l'expulsion des produits putrides ont été préconisés. Le kermès, l'ipéca ou les antimoniaux ont l'inconvénient de déprimer les forces du malade.

Lop conseille la potion suivante :

Potion de Todd	125 grammes.
Carbonate d'ammoniaque...........	1 gramme.

Il donne également la solution ammoniacale anisée (10 gouttes, quatre fois par jour dans un grog.

Comme antiseptique interne, Bucquoy a conseillé la teinture d'Eucalyptus à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Lanceraux donne chaque jour 4 à 5 grammes d'hyposulfite de soude. Jaccoud a donné la liqueur de Labarraque à dose de 4 à 6 grammes par jour, les médicaments peuvent être donnés dans de la macération de quinquina. Dieulafoy a obtenu de bons résultats de la créosote ; il donne chaque jour plusieurs cuillerées à bouche de :

Vin de malaga......................	500 grammes.
Sirop de sucre......................	100 —
Vieux cognac.......................	50 —
Créosote de hêtre purifiée...........	8 —

Chauffard donne la teinture de benjoin à la dose de 1 à 2 grammes par jour dans un julep gommeux.

On a préconisé les inhalations d'oxygène, les pulvérisations phéniquées. On ne négligera jamais de faire la désinfection

minutieuse de la bouche par des lavages très fréquents avec la solution de chloral au centième. Comme antiseptique administré par la voie sous-cutanée. Lop et Weil ont particulièrement essayé le gaïacol.

On injecte chaque jour une à quatre seringues de Pravaz de :

Huile d'amandes douces stérilisée à 100°.	10 grammes.
Gaïacol..................................	1 gramme.

Soit 19 à 40 centigrammes de gaïacol par jour.

Comme tonique on doit administrer l'alcool, l'extrait mou de quinquina. S'il y a coexistence de pleurésie putride, l'empyème s'impose ; enfin dans les cas de foyer gangréneux unique, bien localisé, nettement reconnu par les signes stéthoscopiques, la pneumotomie a souvent réussi, même dans des cas extrêmement graves.

Cas heureux de paracentèse du péricarde (P. Kidd, *Lancet*, 2 février 1895). — Chez un homme de 34 ans atteint de néphrite chronique avec asthme urémique, dilatation cardiaque et épanchement hémorrhagique dans les plèvres et le péricarde, l'auteur a obtenu un succès éclatant en ponctionnant à deux reprises le péricarde, la première fois dans le quatrième espace intercostal, près du sternum, et la seconde fois, quatre jours plus tard, dans le troisième espace intercostal, à 4cm,6 du sternum, le malade étant à demi assis ; aspiration de 150 et de 840 centimètres cubes de liquide sanguinolent, dyspnée disparue rapidement, augmentation de la diurèse. Mort après quatre semaines par suite de la néphrite. Le péricarde adhérait intimement au cœur.

Il importe de remarquer que l'autopsie a laissé inexpliquées la nature hémorrhagique des épanchements péricardiques et pleurétiques, de même que l'hémoptysie survenue à plusieurs reprises au début de l'affection. (*Centralblatt für Medicin*, 1895, n° 23, p. 571 et 572.)

Maladies des enfants.

Sur l'emploi de l'asaprol dans le traitement de la chorée de Sydenham. (Moncorvo, *Rev. des mal. de l'enfance*, 1895). — Dans un cas de chorée marquée avec des troubles physiques concomitants, l'auteur obtint la guérison au bout d'un mois et dix-neuf jours à la suite d'une dose totale de 155 gr. 50 d'asaprol. L'auteur constata en outre une amélioration notoire de la nutrition générale de l'enfant, qui gagna 1,700 gr. de son poids dans un délai relativement court.

Sur l'oxyure vermiculaire chez les enfants et son traitement par la naphtaline. (A. Schmitz, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, B. XXXIX, H. 2 et 3, 1895.) — Outre les démangeaisons, l'oxyure provoque chez les enfants la sensation de brûlure, du ténesme, de la proctite (amenant parfois à sa suite le prolapsus anal), de la leucorrhée, l'onanisme, la nervosité générale et de l'inquiétude nocturne.

Les médications proposées jusqu'à présent contre l'oxyure n'ont pas donné des résultats bien brillants par la simple raison, que tous les auteurs sont partisans de la fausse supposition que les vers séjourneraient exclusivement dans le rectum : or, il est de fait que, chez les enfants, les mâles séjournent dans le jéjunum et les femelles fécondées, de préférence dans le cœcum.

De même aussi les anthelmentiques ordinairement usités, ne se sont pas montrés bien efficaces contre l'oxyure.

Sur le conseil de Unger, l'auteur a prescrit aux enfants atteints d'oxyure de prendre, pendant 2 jours consécutifs, à 4-5 doses de 0gr,15-0gr,4 de naphtaline en poudre mélangée avec du sucre. L'administration de la naphtaline sera précédée d'un purgatif doux ; la naphtaline sera prise autant que possible dans l'intervalle des deux repas, pour prévenir la résorption de la naphtaline soluble dans les graisses.

Ce traitement était répété, à 8-14 jours d'intervalle, jusqu'à quatre fois de suite.

Sur 46 cas traités par la naphtaline, la guérison complète fut constatée dans 26 cas, 3-4 mois après l'administration de la dernière dose de naphtaline ; la naphtaline était donnée à 5 reprises différentes (à deux jours consécutifs) dans un cas et à 3 reprises dans la majorité des cas restants. Dans les autres 20 cas on n'a constaté qu'une amélioration plus ou moins marquée quoique, à vrai dire, souvent on ait eu le droit de supposer une infection nouvelle.

Pas d'effets secondaires fâcheux même après l'emploi prolongé de la naphtaline, à part une strangurie passagère qui est survenue une seule fois.

On s'est trouvé souvent bien d'avoir combiné le traitement par la naphtaline avec des entéroclysmes. Unger a employé avec succès pour les entéroclysmes une solution d'une cuillerée à soupe de solution d'acétate d'aluminium dans un litre d'eau. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 436 et 437.)

Gynécologie et Obstétrique.

Du currettage comme méthode d'avortement artificiel (Dr Puech, *Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1895). — L'auteur publie un travail sur ce sujet et formule les conclusions suivantes :

1° A côté des méthodes classiques d'avortement artificiel doit prendre place le curettage de l'utérus gravide;

2° Pratiqué dans les trois premiers mois de la grossesse il constitue un procédé d'évacuation de l'utérus, efficace et sans dangers, ainsi qu'en témoignent les observations rapportées dans ce travail;

3° Sa qualité principale est la rapidité d'action : de là son indication dans les cas où il faut agir vite, en raison d'un danger menaçant;

4° Mieux qu'aucun des procédés d'avortement mis habituellement en usage, il permet de réaliser l'épargne du sang, d'où encore l'indication de son emploi chez les malades affaiblis par un état grave, et chez lesquelles, par conséquent toute hémorrhagie està redouter.

5° Dans les cas de vomissements incoercibles, en particulier, où souvent se rencontre cette double indication, le curettage est appelé à rendre de réels services.

Maladies de la peau et syphilis.

De la teinture d'iode dans le prurit gingival des enfants. (M. Loup, *Odontologie*, 1895). — Chez un enfant de 9 mois atteint de crises nerveuses provoquées par la dentition, l'auteur après avoir inutilement essayé la liqueur de Delabarre, les badigeonnages de cocaïne, etc., toucha les gencives du petit malade avec un pinceau de coton imbibé de teinture d'iode. L'effet fut immédiat. Mêmes succès chez une fillette de 16 mois.

Traitement général de l'eczéma (Dr Gazot, *Médecine moderne, juin 1895*). — Le traitement général chez les eczémateux est indispensable pour favoriser la disparition de l'éruption, prévenir les récidives et combattre l'existence de complications viscérales.

Il est fréquent de voir des eczémas chroniques alterner chez des personnes âgées avec des manifestations viscérales telles que le mal de Brigt, les dyspepsies, des névralgies, des accès d'asthme, de rhumatisme, de gouttes chroniques, etc. Faire disparaitre dans ces cas l'éruption cutanée c'est presque inévitablement rappeler les affections à l'égard desquelles elle joue le rôle d'un véritable dérivatif. Il faut songer à cela avant l'institution d'un traitement contre l'eczéma lui-même. Suivant que l'affection évoluera sur un terrain arthrétique, scrofuleux ou nerveux, on instituera un traitement général approprié.

Arthritique. — Eaux bicarbonatées fortes ou faibles, suivant les cas, pour le traitement à domicile; eaux sulfatées sodiques ou calciques pour la cure aux stations mêmes.

Comme médicaments, le benzoate ou le salicylate de soude, le bicarbonate de soude, l'acétate de potasse.

Chez les rhumatisants avérés, avec douleurs incessantes, et dont l'eczéma ne présente pas de réaction inflammatoire vive, le Dr Brocq conseille :

Salicylate de soude et benzoate de soude..	ãã 2 à	5 grammes.
Bicarbonate de soude..........................	10	—
Sirop de fumeterre et sirop de saponaire...	ãã 200	—

De 2 à 4 cuillerées par jour.

On pourra remplacer le benzoate de soude par le benzoate de lithine chez les goutteux et les lithiasiques.

Petites doses de quinine, d'extrait de colchique aux arthritiques avec poussées eczémateuses vives.

Scrofuleux. — Stations sulfureuses sodiques fortes ou faibles. Eaux chlorurées sodiques sulfureuses d'Uriage, eaux de Saint-Gervais aux strumeux débilités. Huile de foie de morue, vin iodotané de Nourry, préparations iodées énergiques, préparations arsénicales.

Eczémateux nerveux. — On les adressera à Néris, à Schlagenbad; médicaments calmants, valériane, musc; asa-fœtida en suppositoires. On aura soin de renoncer aux opiacés, au chloral, au bromure qui déterminent souvent des poussées du côté de la peau.

Enfin le régime alimentaire devra être sévèrement réglé comme aussi le genre de vie que pourront mener les malades sujets aux poussées eczémateuses.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 177.12.95.



LEÇON D'OUVERTURE

Thérapeutique générale des dyspepsies,

Par M. ALBERT ROBIN,
De l'Académie de médecine.

(*Suite.*)

III

Au regard de tant de systèmes, tour à tour prônés et délaissés, qui tous servaient de fil conducteur dans la recherche des indications, jugez des oscillations qu'a dû subir la thérapeutique, elle, dont les interventions sont toujours subordonnées aux idées que l'on se fait des maladies. Cette thérapeutique, ou mieux ces thérapeutiques, sous leurs apparences doctrinales, ont été, la plupart du temps, incertaines, inutiles, sinon quelquefois dangereuses.

La preuve en est facile à faire.

Avec Broussais et son école, c'est le triomphe avec tous les abus de la médication antiphlogistique, puisque l'idée d'inflammation dominait la pathologie. Avec Barras, Johnston et Schmidtmann, on rentre en plein dans la médication symptomatique : il ne s'agit plus que de sédatifs et de narcotiques ; on conseille aussi les antispasmodiques ; tandis que d'autres affirment que lorsque ces moyens ont échoué, il faut revenir hardiment à la médication tonique et excitante. Schmidtmann déclare, d'ailleurs, que chaque remède a des temps définis durant lesquels il peut être utile ou nuisible, et conseille de consulter, comme

indication précise, l'idiosyncrasie du sujet et la susceptibilité de l'estomac. Pour le régime, on trace des règles qui paraissent d'abord assez nettes, mais on dit, en matière de conclusion, qu'il faut s'en tenir aux aliments que l'estomac supporte le mieux. Tout à l'heure, quand je prononçais le mot anarchie, vous voyez que je n'allais pas trop loin.

Quant à l'œuvre de Beau, elle pèche surtout par la thérapeutique, et c'est pour cela peut-être qu'elle ne parvint pas à s'imposer. Beau procède par tâtonnements; il s'inspire du précepte de Celse « *Non omnibus eadem conveniunt; oportet experire aliud atque aliud.* » Aussi ses médications se ressentent-elles de son incertitude : elles demeurent pour ainsi dire exclusivement symptomatiques. C'est ainsi que procédait Chomel; et Trousseau, lui-même, ne fit pas autre chose.

M. Bouchard nous ramena en pleine médication systématique. Il faut favoriser la rétraction de l'estomac; donc, que celui-ci ne soit distendu par l'alimentation que pendant le plus court espace de temps, le plus rarement possible, le moins possible. En outre, il faut modérer les fermentations gastriques, empêcher la production de ces fameuses toxines aux effets si multiples et si fâcheux : divers antiseptiques et l'acide chlorhydrique sont les agents essentiels et théoriques de cette seconde indication.

Avec les progrès du chimisme stomacal, le système thérapeutique de M. Bouchard devait s'écrouler et céder la place à un autre système, uniquement basé sur le fait chimique, trop souvent considéré indépendamment du milieu où il s'accomplit et des causes qui lui donnent naissance.

C'est cette médication purement chimique qui trône aujourd'hui : elle se pique d'être essentiellement scientifique, de ne rien laisser au hasard; elle prend des allures d'absolutisme. Je ne lui reconnais qu'un mérite, c'est celui de

la simplicité : il y a trop d'acide dans l'estomac, vous le saturez; il n'y en a pas assez, vous en introduisez. Mais j'ai une objection à faire, et une objection suffisante pour ruiner le système chimique, c'est qu'appliqué au traitement des dyspepsies, il est encore inférieur aux anciennes médications symptomatiques.

IV

La maladie ne varie pas comme les doctrines; voilà pourquoi aucune médication exclusive n'a réussi à s'imposer d'une manière définitive. Quand il y avait derrière la dyspepsie un élément inflammatoire, on réussissait avec la thérapeutique antiphlogistique de Broussais. Quand il s'agissait d'une prédominance douloureuse, les narcotiques faisaient merveille. La médication nervine modifiait fréquemment les retentissements nerveux des troubles fonctionnels de l'estomac. Lorsque la dilatation stomacale était indéniable, le régime sec et mesuré donnait les plus heureux résultats. Mais sont-ce bien là de réelles indications thérapeutiques, dans le sens pathogénique du mot? Car il faut bien avouer que les cas de dilatation essentielle de l'estomac sont relativement peu nombreux devant la fréquence des véritables dyspepsies.

Ce que Gubler répétait sans cesse, c'est que la thérapeutique doit être étiologique et pathogénique. Traiter un symptôme, c'est faire une thérapeutique d'attente, souvent utile, presque jamais décisive. Traiter directement une lésion matérielle, à moins de rares exceptions, c'est faire œuvre encore incertaine, avec la tradition pour base et l'empirisme pour flambeau, car la lésion n'est ordinairement qu'un résidu qu'il n'est possible d'atteindre qu'en agissant

sur la vitalité générale ou sur les fonctions des éléments anatomiques qui sont le siège de cette lésion.

Chercher partout la lésion matérielle et ne voir d'entité morbide que là où il existe une lésion, faire de la symptomatologie l'expression extériorisée de la lésion, c'est outrepasser la puissance de cet anatomo-organicisme qui, depuis près d'un siècle, dominant les choses de la médecine, a imprimé à cette science une impulsion vraiment merveilleuse, sans que la thérapeutique bénéficiât réellement de cette envolée.

Aux lésions qui ne sont que des résidus, il faut opposer celles qui sont la conséquence d'un effort réactionnel de l'organisme contre la cause morbigène; à *l'organicisme anatomatique*, il faut opposer *l'organicisme fonctionnel.*

Il faut savoir que nombre de maladies débutent par un trouble fonctionnel, quelquefois général, souvent localisé, que ces maladies restent fonctionnelles pendant un temps plus ou moins long, que ce vice de la fonction, primitif ou commandé par des actes nerveux morbides, peut être mécanique, morphologique ou chimique, et qu'à cette période, il peut être enrayé ou modifié par une thérapeutique dont la précision laisse loin derrière elle les méthodes traditionnelles.

Cette thérapeutique n'est pas hasardeuse. Son but est de modifier le trouble fonctionnel en agissant directement ou indirectement sur cette cellule vivante aux fonctions déréglées, dont, suivant les cas, elle exalte, modère ou modifie les aptitudes réactionnelles : le nom qui lui convient le mieux est celui de *thérapeutique des réactions cellulaires*, et comme les réactions cellulaires sont une des manifestations de la vie, je l'appelle la *thérapeutique vitale.*

Certes, j'entends d'ici taxer cet exposé de principes de retour au *vitalisme*, à cette doctrine lointaine que dédaigne l'altier mépris de la plupart de nos contemporains. Aussi

bien, si c'est être vitaliste que soutenir l'origine fonctionnelle d'un grand nombre de maladies, croire aux actions et aux réactions cellulaires, être convaincu que la thérapeutique doit tenter d'influencer les fonctions si elle veut modifier les organes, alors, je revendique hautement l'honneur de cette appellation.

Vous verrez, messieurs, comment l'on peut appliquer ces notions à l'étude des dyspepsies, ces maladies fonctionnelles de l'estomac, et de quel secours elles seront dans la conduite de leur traitement. La dyspepsie est le premier acte d'un grand nombre d'affections organiques de l'estomac; elle les accompagne toutes et les suit jusqu'à leur terminaison. Et, comme, d'autre part, elle intervient comme élément morbide dans la plupart des maladies générales ou locales, on peut dire qu'elle fait partie de presque toutes les symptomatologies.

Si les dyspepsies ne sont que de simples dérangements de la fonction gastrique normale, c'est la physiologie qui doit servir de base à leur connaissance.

Considérée schématiquement, l'activité gastrique peut se résumer dans les points suivants : des glandes qui sécrètent un suc capable de digérer les albuminoïdes, des épithéliums et des cellules glandulaires qui fondent en un mucus protecteur, des muscles qui brassent, puis évacuent la masse alimentaire, des vaisseaux qui fournissent aux sécrétions, des nerfs qui président à ces sécrétions et qui dirigent les mouvements, des lymphatiques qui servent à absorber les matières alimentaires solubles ou solubilisées dans l'acte digestif.

Les dyspepsies sont les perversions d'un ou de plusieurs de ces actes physiologiques. Mais qu'elles affectent originairement l'un ou l'autre d'entre eux, il est exceptionnel que l'organe tout entier ne soit pas entraîné dans la déviation. En outre, quel que soit le sens ou l'étendue de cette déviation, elle a pour résultante une viciation chimique des processus digestifs. Les digestions viciées n'offrent pas de produits normaux à l'absorption et à l'assimilation ; la rénovation des milieux sanguin et lymphatique subira donc, du fait de cet apport vicié, des anomalies qui changeront leur constitution ; et les tissus qui puisent dans ces milieux, les conditions de leur vie et de leur activité réactionnelle, vivront et réagiront autrement que dans l'état normal, alors qu'un sang convenablement entretenu leur apporte leurs aliments habituels, en quantité régulière et sous une qualité physiologique.

Parmi ces tissus, ceux dont les éléments anatomiques sont le plus hautement spécialisés, où l'aptitude nutritive est réduite à son minimum par l'exagération même de la spécialisation fonctionnelle, et qui, par conséquent, réclament plus que les autres une parfaite adaptation de leurs milieux nutritifs, ceux-là seront atteints les premiers dans leurs manifestations vitales. N'est-ce pas le cas du système nerveux, et la série des symptômes névropathiques, si bien spécialisés par Beau, ne doit-elle pas intervenir dans la clinique des dyspepsies comme l'expression du trouble nutritif des centres nerveux par une irrigation de qualité insuffisante ?

Ce n'est pas tout ! Une digestion imparfaite engendre des produits anormaux qui, au contact de la muqueuse stomacale, mettent en jeu des actes réflexes ou inhibitoires dont la nature, le sens ou l'intensité doivent singulièrement différer des actes du même ordre induits par un processus normal. A ces actes réflexes ou inhibitoires seront con-

jugués des symptômes nerveux divers qui viendront compliquer les précédents, sans qu'il soit toujours possible de les en distinguer.

Enfin, ces produits anormaux, eux-mêmes, dont quelques-uns seraient toxiques, qui, tout au moins, jouissent de propriétés plus ou moins irritantes, et qui, acides pour la plupart, ont besoin, pour s'éliminer, d'enlever des bases à l'organisme, ne vont-ils pas impressionner tous les organes, le système nerveux compris, au cours de leur transport circulatoire, tandis qu'ils intéressent fâcheusement les émonctoires, à l'heure de leur élimination, après avoir contribué pour leur part à l'adultération du sang?

Cette rapide conception de la dyspepsie, qui unit, dans une formule plus compréhensive, à l'idée maîtresse de Beau le fait des auto-intoxications, qui l'associe à un chapitre de la neurasthénie, et met en valeur des troubles chimiques de la nutrition dont je vous parlerai en temps et lieu, cette conception, dis-je, me paraît tout à fait légitimée par les dernières conquêtes de la science, et j'espère bien vous donner au cours de ces leçons, d'amples démonstrations de sa réalité.

Pour cela, nous utiliserons les enseignements traditionnels de la clinique, nous ferons appel à la physiologie, et nous nous servirons de la chimie comme d'un moyen de contrôle et d'investigation.

Messieurs, quoi qu'on en puisse dire, je n'ai point l'intention de faire jouer à la chimie un rôle prépondérant en médecine. J'ai dit maintes fois et je répète que je considère la chimie comme un moyen de lire de plus près dans les actes jadis mystérieux de la nutrition, mais jamais je n'ai songé à la mettre au-dessus de la clinique, puisque je la considère surtout comme un merveilleux instrument de séméiologie. Je professe, avec un maître ancien, que la chimie est la meilleure servante de la médecine, mais

qu'elle en serait la pire maîtresse. Je suis loin, de tout baser sur la chimie, de faire, comme on l'a dit, une médecine chimique. La preuve, c'est que je suis l'adversaire résolu de la thérapeutique chimique des maladies fonctionnelles de l'estomac, alors que cette thérapeutique semble avoir conquis les suffrages du plus grand nombre des praticiens.

En fait de thérapeutique, le pas est à la physiologie ; la chimie n'intervient que pour déceler les déviations du type fonctionnel normal ; mais c'est la physiologie qui demeure le guide.

Nous sommes à une époque de chaos thérapeutiques et je sais beaucoup de bons esprits qui, à cet égard, ont perdu toute croyance et accueillent, avec le scepticisme du désenchantement, toutes les tentatives de rendre à *l'art de guérir* quelque scientifique précision. Cette incrédulité n'a rien qui doive vous étonner ; elle est amplement justifiée par tant de conflits et d'écroulements de doctrines, par l'insuccès présent de l'antisepsie interne, par la grandeur passagère et la décadence finale de tant de médicaments et de médications qui n'ont vécu qu'un jour pour s'ensevelir dans l'oubli. Mais avec la physiologie éclairée par la chimie, nous ne bâtirons pas de système : nous marcherons lentement, en nous efforçant de ne pas dépasser les limites du fait, en nous appuyant sur l'immuabilité du chiffre et sur la certitude de la réaction chimique, pour faire de la thérapeutique pathogénique avec le maximum de chances de probabilités. Vous verrez ainsi les procédés de cette thérapeutique, et en envisageant les services qu'elle rend dès aujourd'hui dans un certain nombre de cas, vous pourrez juger de l'avenir qui lui est réservé.

Du voyage que nous allons entreprendre ensemble, ne vous dissimulez ni les difficultés ni les vicissitudes. Ne vous attendez pas, d'emblée, à des solutions absolues ; mais

nous nous engageons sur un terrain déblayé, avec des routes déjà tracées. Et vous emporterez cette conviction, dont vous aurez, chaque jour, l'occasion de vérifier le bien fondé dans notre service, que la médécine actuelle commence à bien connaître les maladies fonctionnelles de l'estomac, qu'elle parvient à les dépister sous les apparences trompeuses qu'elles revêtent souvent, et que si elle ne parvient pas à les guérir dans tous les cas, elle sait toujours les soulager.

TOXICOLOGIE

Traitement de l'empoisonnement.

Par le Dr G. Bardet.

(*Fin.*)

Poisons paralysants.

Les poisons paralysants sont extrêmement nombreux, tous les alcaloïdes qui ne sont pas convulsivants, c'est-à-dire l'immense majorité, provoquent toujours, à la période ultime de leur action sur l'organisme, des phénomènes paralytiques qui amènent la mort par arrêt de la respiration et de la circulation.

Le type du poison paralysant est le *curare*, viennent ensuite l'*aconitine*, la *delphinine*, la *cicutine*, l'*ésérine*, la *veratrine*, la *gelsémine* etc., et les plantes d'où ces drogues sont tirées, l'aconit, la ciguë, la fève de Calabar, etc. Ces poisons ont pour caractéristique de laisser les fonctions cérébrales intactes et de n'agir que sur l'élément moteur, ce sont donc bien des poisons paralysants dans toute la force du terme.

Cependant, certains sels, l'aconitine par exemple, tout en affectant le sensorium agissent énergiquement sur la sensibilité.

Les solanacées, c'est-à-dire la belladone, le datura, la jusquiame, le tabac, et leurs alcaloïdes, atropine, daturine, hyosciamine, nicotine, sont (la belladone surtout) des causes fréquentes d'empoisonnement accidentel, particulièrement chez les enfants. Les alcaloïdes du type atropine présentent deux périodes, l'une d'excitation, l'autre de paralysie, c'est la seule qui nous intéresse, puisque c'est la seule dangereuse.

Les sels de potassium et de baryum sont également des poisons paralysants très énergiques.

L'empoisonnement par les champignons et par les coquillages altérés ou plutôt malades, moules, huîtres, palourdes, etc., doit être également rangé à côté de l'intoxication par poisons paralysants, car la fin du processus pathologique est caractérisé par des phénomènes justiciables de la même médication que les autres toxiques de la même classe.

Comme on le voit, le groupe des paralysants est très chargé, ce qui en rend l'étude très difficile et très délicate, mais cependant, comme nous sommes sur le terrain thérapeutique, nous pouvons passer par-dessus ces difficultés physiologiques, attendu que le traitement est toujours le même. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que, jusqu'à ce que la toxicologie ait pu faire des progrès considérables, nous nous trouverons obligés de faire de l'empirisme dans la thérapeutique des empoisonnements. Dans l'étude des groupes précédents et dans celle de ceux qui vont suivre, nous avons pu assimiler la scène toxique à une maladie connue et, par conséquent, déduire une thérapeutique rationnelle, mais nous devons avouer que, pour la grande quantité des poisons qui figurent dans le groupe des paralysants,

nous nous trouvons dans l'inconnu, d'où l'obligation de faire uniquement de la thérapeutique de symptôme.

Intoxication. — Le début de la maladie est essentiellement variable, selon la nature du poison ingéré, variable dans sa nature et dans sa durée; en faire la description nous entraînerait trop loin, sans aucun profit d'ailleurs, puisque nous n'en pourrions tirer aucune indication thérapeutique. Nous ferons seulement une observation relativement à l'empoisonnement par les solanacées ou leurs alcaloïdes, très fréquemment observé.

La belladone et ses analogues produit, au début de l'intoxication, des phénomènes cérébraux d'une intensité remarquable, accompagnés, comme chacun le sait, de troubles visuels très-accentués. Ce fait est intéressant attendu que cette période d'excitation et délire précède la crise paralytique. C'est donc là un fait intéressant à noter, au point de vue du pronostic, et pendant cette période préparatoire le médecin a le temps d'intervenir utilement, dans le but de prévenir les accidents du système moteur, qui seuls sont à craindre.

Les phénomènes musculaires, quel que soit le poison absorbé par le malade, se succèdent presque toujours dans l'ordre suivant :

1° Inertie, résolution plus ou moins accentuée ou même paralysie complète des muscles volontaires ;

2° Paralysie des muscles dépendant du système sympathique ;

3° Paralysie des muscles de la vie organique, diminution, puis suspension des mouvements respiratoires et du cœur.

Parfois les seconds phénomènes précèdent les premiers (belladone).

Ces troubles moteurs sont naturellement accompagnés de symptômes généraux de plus en plus graves : impuissance motrice, trouble du tube digestif, ataxie de la respiration et

du cœur, collapsus, coma, asphyxie et syncope, jusqu'à ce que la mort arrive, au moment où le cœur, complètement paralysé, est incapable de réagir.

Traitement. — Si le poison a été introduit par la voie gastrique, le lavage de l'estomac s'impose plus qu'en aucun autre cas, particulièrement dans l'empoisonnement par la belladone, pendant la période d'excitation duquel on a tout le temps matériel d'agir. Inutile de dire que les vomitifs et le lavage lui-même sont contre-indiqués lorsque le poison a été introduit par voie hypodermique.

Après l'évacuation du tube digestif il est utile d'administrer au sujet des boissons diurétiques en aussi grande quantité que possible, car le drainage de l'économie facilite l'élimination du poison. Or avec les alcaloïdes, qui s'éliminent avec assez de rapidité, il est indiqué de faciliter les émonctoires, c'est une chance donnée au malade.

Dans le cas d'un empoisonnement par le curare, cas fort rare et observé seulement dans les pays encore sauvages, la thérapeutique est malheureusement désarmée en raison de la rapidité d'action du poison.

L'empoisonnement par l'aconit et l'aconitine est fréquent, c'est un des plus graves et des plus rapides lorsque la dose de poison ingérée a été forte. Les phénomènes toxiques sont d'un genre particulièrement graves, le bulbe et la moelle sont touchés fortement et chimiquement, par suite, les moyens de combat sont rares, on peut même dire impossibles à désigner. En effet, en cas d'intoxication légère on n'observe que des phénomènes dramatiques, mais, en somme, sans gravité réelle; mais, en cas d'empoisonnement par dose massive, les désordres sont foudroyants dès leur apparition, aussi la thérapeutique offre-t-elle de bien faibles ressources.

Cependant, le raisonnement permet d'instituer un traite-

ment : on sait que l'élimination des alcaloïdes est toujours rapide ; donc, en ce cas, comme l'aconit excite la fonction rénale, il y a une plus grande chance d'élimination ; aussi, comme le dit le professeur Soulier, une heure gagnée sur la mort est une chose très importante. Or le danger principal de l'aconitisme c'est l'asphyxie, c'est donc surtout l'asphyxie qu'il faut combattre par tous les moyens, en stimulant la fonction respiratoire par des affusions froides, par la respiration artificielle et par les inhalations d'oxygène. En agissant ainsi on peut arriver à permettre le rétablissement de l'hématose sans qu'il y ait besoin d'une grande amplitude de respiration. Mais tous ces moyens, utiles dans l'intoxication à dose moyenne, seraient certainement impuissants dans l'empoisonnement à dose massive.

Ces mesures thérapeutiques peuvent d'ailleurs s'appliquer, avec autant et plus de succès encore, au traitement de l'empoisonnement par les autres agents toxiques, capables d'amener la paralysie de la respiration et de la fonction cardiaque.

En outre de ces précautions spéciales, il n'y a plus à indiquer que les stimulants généraux et les diurétiques, café et caféine, alcool, nitrite d'amyle, injections d'éther. La lutte contre le poison doit être faite patiemment et pied à pied, car ici, comme dans les maladies infectieuses, tout est de gagner du temps pour permettre à l'organisme d'éliminer le poison. Seulement dans celles-ci le médecin a devant lui des journées, tandis que dans les empoisonnements alcaloïdiques il n'a que des heures et souvent moins.

Poisons du cœur.

Nous avons vu que la plupart des poisons alcaloïdiques ont une terminaison cardiaque, en ce sens que le cœur est le dernier organe frappé. Cela est tout naturel, puisque la

mort ne peut avoir lieu sans que la respiration et le cœur s'arrêtent; mais dans tous les cas étudiés, cet arrêt avait pour cause un *processus* spécial où le pneumogastrique et les nerfs cardiaques n'étaient qu'accessoirement touchés. Dans le nouveau groupe, au contraire, nous avons rangé les poisons qui touchent directement le cœur par leur action sur les nerfs qui innervent cet organe et régularisent ses mouvements.

Ces poisons, très définis dans leur action, sont la Digitale, le Convallaria, l'Adonis, les Strophantus, le Tanghin, l'Ouaboio, l'Upas, l'Erytrophlæum, le Laurier rose et leurs principes actifs, les diverses *digitalines* ou *digitoxine*, la *convallamarine*, l'*adonidine*, la *strophantine*, la *tanghinine*, l'*ouabaïne* et l'*érytrophléine*, à côté desquels on peut ranger la *spartéine* et au besoin la *caféine*, quoique ces corps n'appartiennent en réalité pas à la toxicologie. Tous ces poisons exercent sur le cœur une action spéciale dont le résultat final est de mettre cet organe dans l'impuissance de se contracter, soit par l'excitation du nerf *vague*, ce qui amène la paralysie du cœur, soit au contraire par excitation des nerfs actifs, ce qui provoque l'arrêt en systole après un véritable tétanisme de l'organe.

A côté de ces poisons, qui représentent directement des toxiques du cœur, nous devons placer la *cocaïne*, parce que cet alcaloïde, lorsqu'il est administré à dose toxique, provoque l'arrêt du cœur et la syncope. Si donc, au point de vue thérapeutique, la cocaïne est un agent de la sensibilité, elle est pourtant un poison du cœur au point de vue toxicologique, absolument comme la belladone, agent thérapeutique de la sensibilité et du sympathique abdominal, devient à dose toxique un poison paralysant.

Scène toxique. — Nous commencerons par dire quelques mots de l'empoisonnement par la cocaïne, dont les symp-

tômes se différencient beaucoup de l'effet des autres poisons du cœur.

La cocaïne est un poison dangereux, un poison médical *professionnel* pourrait-on dire, car les seuls cas d'empoisonnements connus, malheureusement nombreux, ont été causés par l'usage thérapeutique de la cocaïne. L'absorption du poison, employé en injections interstitielles dans le but de produire l'anesthésie, est très irrégulière, d'où une grande traîtrise dans la production des accidents. Quand les phénomènes généraux se manifestent, le sujet éprouve un malaise vague, un sentiment de faiblesse extrême et une tendance au vertige ; si la dose a été forte, les phénomènes s'accentuent, il se produit des nausées, des vomissements quelquefois, puis surviennent des lipothimies par suite d'anémie cérébrale très prononcée. En même temps le cœur faiblit, les battements se précipitent; cet état peut durer une heure et plus. A dose mortelle, la crise est plus rapide; la tendance lipothimique se transforme en crise syncopale dans laquelle le malade succombe. Ces indications sont très utiles à retenir pour l'institution du traitement.

La succession des phénomènes se produit tout autrement avec les poisons cardiaques véritables.

La digitale, le strophantus et les autres médicaments cardiaques exercent une action très complexe, encore assez mal connue (ce qui a amené la publication d'opinions contradictoires sur leur mécanisme) et sur laquelle il serait trop long de nous étendre. Nous donnerons donc seulement un tableau très large où ne figureront que les grands traits capables de servir d'indications thérapeutiques.

La caractéristique des poisons du cœur, c'est l'apparition tardive des phénomènes et leur longue durée. Particulièrement avec la digitale, l'action ne se manifeste que longtemps après l'ingestion du poison, même quand il est administré à doses énormes et par les moyens les plus susceptibles d'a-

mener une rapide diffusion. De même, l'élimination du poison est très lente, et la durée de l'intoxication est extrême même lorsque le sujet doit mourir. Aussi peut-on toujours craindre une issue fatale, puisque l'on a vu des malades succomber 24 heures et jusqu'à 10 jours après l'ingestion du poison.

Le premier effet est une excitation considérable de la fonction motrice des muscles lisses, d'où phénomènes intestinaux et stomacaux (vomissements) et coup de fouet donné à l'organe cardiaque entier; les battements du cœur sont lents et énergiques (lents par excitation du nerf d'arrêt, énergiques par action sur les nerfs auto-moteurs), les pulsations sont plus fermes, la tension artérielle et par suite la fonction rénale, sont augmentées. En même temps, il se produit un malaise général, de *l'anxiété* respiratoire, des troubles considérables de la vue. En un mot tout le système sympathique est atteint. Cette crise de surexcitation fonctionnelle dure plus ou moins longtemps, suivant la nature du poison. Mais peu à peu l'organisme est insuffisant à cette dépense d'énergie fonctionnelle, et à cette période succède une dépression sensible. Le cœur fatigué éprouve de l'arhythmie, le pouls faiblit; il se produit de la tachycardie, des faux-pas, des alternatives de poussées de chaleur à la face et de pâleur, qui sont en rapport avec la succession des phénomènes cardiaques. Enfin, quand l'organe est fourbu, la circulation s'arrête complètement après une ou plusieurs syncopes, précédées d'un affaiblissement général du malade et parfois d'un état congestif du poumon, dû à la stase sanguine.

On remarquera que ce tableau rapide est un résumé des affections cardiaques, mais ici tous les symptômes se trouvent rassemblés dans un cadre très limité.

On reconnaîtra donc chez le malade tous les symptômes, toutes les souffrances qui accompagnent les maladies du

cœur, mais il ne faut pas perdre de vue que la cause efficiente des troubles se trouve dans les phénomènes toxiques exercés sur le cœur même par le poison. C'est en se laissant égarer par les symptômes accessoires que, pendant un assez long temps, on n'a pas reconnu la ressemblance d'action qui place le strophantus (inée) le tanghin et l'ouabaïo à côté de la digitale. Or, au point de vue thérapeutique, il est important de ne s'attacher qu'aux phénomènes cardiaques.

Traitement. — La syncope due à l'action cardiaque de la cocaïne est en réalité, nous l'avons vu, sous la dépendance d'une anémie cérébrale. En conséquence, c'est surtout ce phénomène que visera la thérapeutique : on fera donc respirer au malade du nitrite d'amyle après l'avoir mis dans le décubitus dorsal, où il devra rester jusqu'à disparition des accidents syncopaux. Chaque lipothimie sera surveillée de manière à la prévenir par des inhalations de 10 à 15 gouttes de nitrite d'amyle (sur une compresse en cornet). On pourra administrer à l'intérieur de la caféine et de la trinitrine. Pour le reste du traitement, on pourra, s'il y a lieu, agir comme dans les accidents dus aux anesthésiques.

Le traitement de l'empoisonnement par les poisons cardiaques proprement dits est beaucoup plus délicat à instituer. On se trouve, en effet, en présence de poisons cumulatifs, c'est-à-dire qui ont tendance à se fixer sur la cellule nerveuse et qui s'éliminent difficilement. Cette fixation, probablement chimique, du poison est une grosse difficulté, attendu que, dans l'introduction des médicaments qui seraient susceptibles d'agir contre les phénomènes toxiques, on trouve la place prise dans les centres nerveux.

Les troubles qu'il s'agit de combattre sont, par ordre, les suivants :

1° Vomissements, diarrhée;

2° Excitation fonctionnelle du cœur;

3° Dépression générale (accompagnée de la suppression de la fonction du rein);

4° Troubles cardiaques paralytiques.

Le vomissement est tout d'abord salutaire, si le poison a été pris par la bouche (naturellement, dans ce cas, le lavage de l'estomac serait indiqué), mais, ensuite et immédiatement si le poison a été injecté, il devient un trouble douloureux et inquiétant; on le calmera par du champagne frappé, médication qui a l'avantage de stimuler l'organisme et de favoriser la diurèse. Dans les intervalles d'administration du champagne, on donnera de la glace.

Si l'excitation fonctionnelle du cœur est de très longue durée, si elle est considérable, on pourra administrer les bromures et le chloral, mais c'est là une médication délicate, car il ne faut pas oublier que c'est surtout la période de paralysie qu'il faut craindre; il faudra donc du tact dans l'administration de ces médicaments.

La dépression générale sera soignée par les stimulants généraux et par une alimentation bien réglée : bouillons, régime lacté, thé alcoolisé. Comme la durée de l'intoxication est souvent fort longue, il est naturellement indiqué de ne pas laisser les malades s'affaiblir dans la diète. L'alcool administré comme réconfortant est le meilleur diurétique que l'on puisse donner contre l'anurie qui suit toujours la polyurie observée généralement dans la première période de l'empoisonnement.

Enfin! les troubles de circulation qui accompagnent la crise paralytique finale seront combattus par la caféine et le nitrite d'amyle, mais sans grande chance de succès, car, comme nous l'avons dit en commençant, la fibre nerveuse du cœur est touchée et il n'y a guère à espérer voir les médicaments exercer une influence favorable sur un organe affaibli à la suite d'une excitation fonctionnelle anormale. Le succès de la thérapeutique dépend donc surtout de la

résistance du malade et de la rapidité d'élimination du poison.

Poisons respiratoires.

Nous avons dit que nous groupions sous le titre général de poisons respiratoires les substances toxiques qui présentent, comme phénomène dominant, des troubles respiratoires. En réalité, la plupart de ces drogues sont des poisons du sang, c'est-à-dire des corps qui, en se fixant sur l'hémoglobine du globule sanguin, ou en altérant la constitution chimique de cet organe, empêchent l'hématose de s'exercer normalement et mettent par conséquent le malade en danger d'asphyxie. D'autres agissent véritablement comme agents irrespirables et amènent simplement l'asphyxie par manque d'oxygène ; d'autres enfin peuvent provoquer certains troubles généraux, parmi lesquels l'asphyxie domine.

Ces poisons peuvent former trois divisions : d'abord les vrais poisons hématiques, oxyde de carbone, acide sulfhydrique et émanations de sulfhydrate d'ammoniaque des fosses d'aisance, acide oxalique et oxalates; puis les agents asphyxiants comme l'acide carbonique, le protoxyde d'azote, le gaz d'éclairage et tous les gaz susceptibles de tuer pour manque d'oxygène; enfin les aromatiques, c'est-à-dire l'acide phénique et les innombrables dérivés du benzyle et de ses homologues.

Intoxication. — L'empoisonnement par les poisons gazeux hématiques ou asphyxiants est très rapide.

L'*oxyde de carbone*, l'*acide sulfhydrique*, le *plomb* des fosses-d'aisance tuent les globules sanguins ; ils agissent donc, en déterminant l'asphyxie, par une diminution considérable du champ de l'hématose. L'acide carbonique et les gaz neutres irrespirables agissent d'une façon

semblable comme résultat, quoique différente comme mécanisme, puisque là le champ de l'hématose est intact, c'est seulement le gaz oxygène qui fait défaut. Si le rétablissement de la fonction respiratoire peut être obtenu avant la mort, le malade se rétablira vite avec les seconds ; avec les premiers, au contraire, l'organisme est toujours profondément touché et le malade reste dans un état d'anémie profonde, mortel même s'il a perdu un trop grand nombre de globules sanguins.

Les oxalates et l'acide oxalique produisent des phénomènes toxiques qui ressemblent à ceux décrits dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone ; la crise est moins rapide, parce que l'absorption du poison est plus lente, mais l'altération spectroscopique du sang est du même genre et, par conséquent, les indications thérapeutiques doivent être considérées comme les mêmes.

Dans les deux cas, il peut se produire un état congestif intense des poumons, et cette congestion, au cas où l'empoisonnement a duré trop longtemps, peut mettre la vie des malades en danger pendant des jours et des semaines. On ne saurait donc trop réserver son pronostic, et le praticien doit savoir que la thérapeutique ne peut pas être abandonnée aussitôt le retour du malade à la vie ; celui-ci doit, au contraire, être surveillé pendant longtemps.

En outre de l'asphyxie, le gaz d'éclairage et une grande quantité d'hydrocarbures provoquent des phénomènes cérébraux et de l'anesthésie. On pourrait donc les rapprocher des poisons cérébraux.

Les aromatiques amènent rapidement une altération chimique considérable du sang, d'où cyanose et refroidissement. Ces phénomènes sont fréquemment observés dans l'administration d'une dose élevée des antithermiques ; ils n'offrent rien d'inquiétant, mais si la dose est toxique, des symptômes alarmants apparaissent, le malade devient algide

et tombe dans un état comateux qui dure plusieurs heures et provoque l'asphyxie. Cet ensemble fait ressembler l'intoxication par les aromatiques à celle qui termine les maladies infectieuses.

Traitement. — On sait combien sont fréquents les empoisonnements par l'air vicié des fosses ou des souterrains. Presque toujours la terminaison est fatale et, malheureusement, les accidents mortels se produisent si rapidement que le médecin n'a pas le temps d'intervenir utilement.

Contre ce genre d'empoisonnement, il n'y a, il faut bien le savoir, qu'une seule indication : l'Oxygène.

En effet, un grand nombre de globules ont été tués par le gaz toxique, le malade ne peut plus absorber assez de l'oxygène de l'air avec ce qui lui reste de globules sains. Il est donc tout indiqué de lui faire pratiquer des inhalations d'oxygène. Mais ces inhalations seront ménagées, l'oxygène étant mélangé de moitié d'air de manière à aller doucement et à ne pas brûler trop vite les globules qui sont restés sains. Il faudrait donc agir avec un grand tact, maintenir seulement le sujet en deçà de l'asphyxie dangereuse, pour lui laisser le temps de réparer les pertes globulaires qu'il a faites. Des inhalations constantes d'oxygène pur pourraient ramener rapidement le malade à la vie, mais lui feraient courir le risque de retomber un instant après par combustion trop rapide de l'hémoglobine qui restait. On aurait donc superposé l'intoxication oxygénée à l'intoxication sulfhydrique.

Les mêmes observations s'appliquent à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et les oxalates, quoique d'une façon moins sévère.

De cet exposé il résulte que l'oxygène est l'unique antidote rationnel de l'empoisonnement par les poisons respiratoires hématiques. Tous les autres procédés mécaniques,

respiration artificielle, affusions froides, tractions rythmées de la langue, sont certes des procédés utiles et susceptibles de rendre des services à défaut d'oxygène, mais ils ne pourront suffire que si le champ d'hématose est resté suffisant ; seul l'oxygène peut donner quelque chance de sauver les malades très gravement atteints.

Ces observations nous amènent donc à répéter combien il est regrettable que les pharmaciens manquent des moyens de fabriquer extemporanément de l'oxygène, et surtout qu'ils n'aient pas toujours sous la main des récipients renfermant de l'oxygène liquide. Cette mesure sauverait bien souvent des malades que le médecin est impuissant à traiter utilement par manque de moyens vraiment énergiques.

L'oxygène sera également employé dans l'asphyxie par l'acide carbonique, le gaz d'éclairage ou autres gaz chimiques, en outre des moyens généraux d'excitation pratiqués pour le retour à la vie. Avec les gaz anesthésiants, on pratiquera aussi le traitement indiqué au chapitre qui concerne les poisons cérébraux du même genre.

L'empoisonnement par les aromatiques est difficile à traiter quand le malade est tombé dans le coma, car l'altération chimique du sang est si profonde qu'on a peu de chance d'agir sur l'organisme d'une manière heureuse. La première indication est de réchauffer le malade par des frictions et des applications chaudes. Cela fait, on luttera par les moyens généraux indiqués contre le collapsus.

Il va sans dire qu'au cas où de l'acide oxalique ou des acides aromatiques auraient été ingérés, il faudrait pratiquer le lavage de l'estomac et appliquer le traitement recommandé au premier chapitre contre les poisons corrosifs.

Tous les cas d'empoisonnement par les toxiques hématiques sont accompagnés d'une convalescence longue et dangereuse, en raison de l'état d'anémie spéciale où les malades sont mis par la destruction de leurs globules

rouges. Cette convalescence relève naturellement de la thérapeutique générale et nous n'avons pas à en parler ici où nous n'avons eu en vue que la crise aiguë de l'empoisonnement.

Poisons généraux.

Dans ces groupes, peuvent trouver place tous les poisons (ils sont nombreux) dont l'action particulièrement complexe ne présente pas de caractéristique dominante permettant de leur faire prendre rang dans les catégories précédentes. Les poisons de ce genre exercent une action générale et attaquent successivement tous les systèmes; on trouve, dans le tableau de la crise toxique, l'action locale, l'action sur le tube digestif et sur les viscères, l'excitation ou la paralysie du système nerveux, l'altération du sang, les troubles respiratoires et cardiaques.

Ces poisons sont les acides, bases ou sels minéraux en général, et, particulièrement, les composés de l'arsenic, du phosphore, de l'antimoine, de l'argent, du plomb, du mercure, du cuivre, du zinc, de l'or et du platine.

Les accidents chroniques dus à l'arsenic, au phosphore, au plomb et au mercure ont été étudiés à part et, en réalité, ces accidents appartiennent à la pathologie générale, nous n'avons donc pas à nous y attacher.

Ce sont seulement les accidents aigus qui rentrent dans notre cadre et, à ce point de vue, nous pouvons, dans la plupart des cas, les encadrer avec les poisons corrosifs étudiés dans le premier chapitre.

Donc, quel que soit le sel métallique, cause de l'empoisonnement, la première indication est de laver l'estomac et de faire ingérer des substances précipitantes, lait de chaux ou de magnésie, albumine, lait, puis de traiter rationnellement les phénomènes inflammatoires consécutifs.

Les accidents généraux devront être soignés d'une façon empirique en s'attachant à combattre les symptômes divers au fur et à mesure de leur apparition.

Contre la douleur on emploiera les solutions étendues de cocaïne. L'éther servira à lutter contre les accidents spasmodiques. La caféine, la trinitrine et le nitrite d'amyle pourront servir en cas de syncope, particulièrement dans l'intoxication par les préparations d'antimoine que l'on peut assimiler à des poisons paralysants.

Les inhalations d'oxygène rendront les plus grands services dans l'intoxication aiguë par le phosphore, qui est un véritable poison hématique lorsqu'il est administré à forte dose.

Lors d'un empoisonnement par l'acide arsénieux, on devra administrer, après lavage de l'estomac, de la gelée d'hydrate ferrique, obtenu en précipitant par l'ammoniaque du perchlorure de fer étendu d'eau.

Comme on le voit, il nous est impossible de tracer méthodiquement, dans ce chapitre, le rôle du médecin, c'est que tous les poisons que nous citons sont des agents à action très multiple, il nous faudrait les prendre un à un et ce serait compliquer outre mesure notre travail en amenant de perpétuelles répétitions.

En résumé le médecin devra s'attacher à pratiquer l'évacuation du poison et à lutter contre les phénomènes aigus par les procédés que nous avons indiqués au début de ce travail. Si la dose de poison n'a pas été trop considérable, si l'intervention n'a pas été trop tardive, il aura chance d'arrêter la crise aiguë et de voir s'établir la période d'empoisonnement chronique, caractérisé surtout par un état d'anémie et d'affaiblissement général contre lequel il pourra lutter par une médication rationnelle et un régime approprié. Si le poison est corrosif, le traitement sera le même que celui des acides et des bases.

Dans le cas où le poison a pénétré dans la circulation et où la dose a été considérable les chances de guérison deviennent très rares et singulièrement douteuses, car la plupart des poisons métalliques forment des combinaisons fixes avec les tissus, particulièrement avec le tissu nerveux, de sorte qu'il est impossible d'arriver à les éliminer rapidement. Aussi la convalescence, quand elle se produit, est-elle toujours très longue et l'on doit toujours craindre de voir le malade succomber des jours, des semaines et des mois après l'empoisonnement, en raison de l'état de dénutrition et de misère physiologique où il est laissé par la crise aiguë.

C'est donc par l'activation des fontions d'excrétions, à l'aide des diurétiques et des purgatifs et par l'emploi du régime lacté, qu'on pourra espérer favoriser l'élimination et atteindre ainsi le moment où les fonctions pourront se rétablir.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital de la Pitié.)

Traitement de la goutte abarticulaire,

Par M. le professeur Jaccoud.

Dans une clinique faite récemment à l'hôpital de la Pitié, le professeur Jaccoud expose les ressources thérapeutiques vraiment efficaces dont on peut disposer dans la variété de goutte abarticulaire, c'est-à-dire le traitement des goutteux

qui n'ont pas encore eu d'attaque et des goutteux dans l'intervalle des accès. Il faut régler tout d'abord avec une sévérité presque mathématique l'hygiène, le régime. Doit-on recommander le régime carné exclusif comme le préconise Pfeiffer?

Non, car un pareil régime ne peut être que fort nuisible au goutteux, car il augmente la proportion d'acide urique et des déchets organiques. Quant au régime végétarien exclusif, il ne peut que hâter grandement l'échéance de l'artériosclérose, complication la plus redoutable qui puisse survenir chez les goutteux, car cette lésion organique tient sous sa dépendance les accidents rénaux, cardiaques ou cérébraux qui peuvent se développer chez ces malades.

Le régime mixte sera seul institué : sobriété la plus complète; régularité la plus parfaite dans les repas. Seront interdits d'une façon absolue : les truffes, les crustacés, les poissons de mer, le porc, le gibier. Les farineux seront défendus si le goutteux présente la moindre tendance à l'obésité qui constitue pour eux une complication fâcheuse. Comme boissons, l'eau, les vins blancs les plus légers coupés d'une quantité notable d'eau; les vins blancs français trop alcooliques seront avantageusement remplacés par les vins de la Moselle assez légers.

Les bières peu alcooliques, bière de France, bière de Vienne peuvent être autorisées. Les bières fortes, celles de Munich, de Nuremberg, les bières anglaises (pale ale, porter) seront interdites. Le café, le thé ne seront admis qu'avec modération. Le régime seul bien observé donnera de bons résultats, ce que montrera l'examen de l'urine émise dans les vingt-quatre heures : quantité abondante, densité au-dessous de la moyenne physiologique.

Si, au bout de quinze jours de ce régime, l'amélioration n'est pas survenue, on fera intervenir les médicaments. Mais avant cette intervention médicamenteuse, on pourra faire

suivre au malade le régime lacté partiel : un litre de lait dans l'intervalle des repas en deux ou trois fois.

Si, malgré ce régime, on n'a pas obtenu un effet suffisant on aura recours alors aux médicaments. La *lithine* vient en première ligne. Le professeur Jaccoud donne la préférence au benzoate de lithine qu'il ordonne à la dose de 0,40 à 0,80 centigrammes dans les vingt-quatre heures, le plus souvent sous forme pilulaire. Une série de pilules de 0,10 centigrammes est prise au moment de chaque repas ou même en dehors des repas. Après chaque pilule le malade doit boire une petite quantité d'eau minérale alcaline. Cette médication sera continuée durant quinze jours ; on la suspend ensuite au moins pendant une semaine.

Dans ces dernières années on a préconisé, au même titre que la lithine, la pipérazine et la pipérazidine qui ne valent pas mieux que la lithine.

L'an dernier on a préconisé en Allemagne l'uricédine. Jusqu'à nouvel ordre, il convient de laisser la première place aux sels de lithine dont l'efficacité est indiscutable.

Chez les goutteux un peu obèses qui ont cette *pléthore abdominale* des anciens, qui présentent ce catarrhe intestinal avec constipation, le traitement par la lithine produira quelque effet, mais il reste assurément mieux à faire.

Avec le régime mixte et le lait, il faudra donner à intervalles réguliers les sels de Carlsbad qu'on fera alterner avec les sels de lithine. On emploiera de préférence le sel naturel de Carlsbad cristallisé.

On préparera dès la veille la solution à chaud et on la prendra seulement le lendemain matin après avoir eu soin d'agiter une ou deux fois. Pendant huit jours on fera prendre une cuillerée à café de ce sel dans un demi-verre d'eau le matin au réveil.

Au bout de trois ou quatre jours, rarement avant, l'effet laxatif est obtenu. On laisse reposer le malade cinq à six

jours, on lui donne ensuite pendant dix jours des sels de lithine et, après un nouveau repos de cinq jours, on prescrit de nouveau le sel de Carlsbad et ainsi de suite.

Les cures thermales ont une très grande importance et ont leur maximum d'action chez les goutteux qui n'ont pas encore présenté d'accès articulaires. Chez ceux qui en ont eu on ne doit pas prescrire le traitement avant que deux mois se soient écoulés à partir de la fin de l'accès. Vichy et Carlsbad ne sont pas les seules ressources thermales que l'on peut appliquer à la thérapeutique des goutteux, de même que la phrase courante « Vichy est le Carlsbad français, Carlsbad est le Vichy autrichien » est absolument erronée. Les propriétés dominantes de Carlsbad sont sa thermalité prononcée (Source Sprudel 73°8), sa teneur élevée en chlorure de sodium et en sulfate de soude; celles de Vichy résident principalement dans la forte proportion de bicarbonate de soude qui y est contenue.

Les indications seront, par conséquent, fort différentes.

Si l'on a affaire à un goutteux présentant de l'uricémie, du catarrhe intestinal, de la dyspepsie flattulente, de la tendance à l'obésité, on lui conseillera Carlsbad dont l'indication sera formelle si ce goutteux a eu quelques troubles hépatiques. S'il y a de la lithiase seule on conseillera Vichy.

Si le malade est affaibli, on s'abstiendra, surtout si l'on constate même à l'état de simples indices des accidents cardiaques ou des symptômes de néphrite interstitielle. On pourra avoir recours à des eaux moins actives, partant mieux tolérées, telles que Royat, Ems, qui sont bicarbonatées, sodiques et chlorurées.

Si les malades ont des tophi on s'adressera à des eaux chlorurées plus franches dont le type est Wiesbaden, source Kochbrunnen, qu'on emploie en boissons et en bains; chez les goutteux pris par les articulations, aucune eau ne doit lui être préférée.

Si on craint qu'elle ne soit trop forte, on aura recours aux eaux de Baden-Baden qui sont très chaudes, ou à celles de Hambourg moins actives parce qu'elles sont froides. Chez les goutteux avec tendance à la cachexie ces eaux doivent être évitées. Il faut alors recourir à ce que le professeur Jaccoud appelle les eaux de lavage, Martigny-les-Bains, Contrexeville, Vittel, Evian, eaux alcalines froides auxquelles il faut ajouter l'eau sulfatée calcique de Capvern (24°). Ce sont les eaux de lixiviation, ces eaux n'agissent qu'à la condition d'être prises en grande quantité (8 à 12 verres par 24 heures). Comme elles sont froides, elles sont d'une digestion difficile et pas toujours tolérées, le professeur Jaccoud leur préfère une eau lixiviante chaude qui peut agir à la dose de 4 verres, c'est l'eau de Ragatz (36°) qui présente une minéralisation à peu près nulle. L'eau en boisson est en pareil cas l'agent principal du traitement; on emploie surtout les bains pour les affections nerveuses et rhumatismales chroniques.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Gaze nosophénée comme succédané de la gaze iodoformée. (v. Noorden, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1895, N° 22). — L'auteur a remplacé la gaze iodoformée par la gaze nosophénée. D'abord, il a fait ce remplacement en petite chirurgie, absolument dans tous les cas où l'on aurait employé la gaze iodoformée pour le pansement ou pour le tamponnement des cavités, y compris les panaris et les autres plaies suppurées; plus tard, il s'en est aussi servi pour le pansement

des surfaces étendues, le tamponnement des plaies cavitaires étendues ; à plusieurs reprises après l'extirpation des ganglions, après la résectiou du rectum, dans les opérations sur les glandes mammaires, dans l'opération pour luxation congénitale de la hanche (formation d'une nouvelle cavité cotyloïde).

La gaze nosophénée n'est pas inférieure à la gaze iodoformée quant au drainage et à l'activation de la formation des granulations; elle peut la remplacer complètement pour le tamponnement. Mais la gaze nosophénée est même supérieure sous un rapport à la gaze iodoformée, à savoir, par l'absence complète de toute odeur désagréable. C'est à cette propriété que la gaze nosophénée est redevable de son importance. De plus, elle n'a jamais donné naissance à aucun phénomène secondaire fâcheux.

Quant à la poudre de nosophène qui peut être employée comme succédané de la poudre d'iodoforme, outre son action antiseptique, elle semble encore être douée de propriétés astringentes; du moins, elle agit comme dessicant.

La gaze nosophénée remplacera surtout avantageusement la gaze iodoformée dans le tamponnement de la cavité buccale et des cavités avoisinantes : on sait avec quel dégoût — et pour cause — les malades se soumettaient ordinairement au tamponnement par la gaze iodoformée! (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, N° 24, p. 518 et 519.)

Sur les réactions provoquées dans les tissus par les fils de soie et le catgut. (Orlandi, *Gazetta medica di Torino*, 1895.) — L'auteur résume comme suit les résultats de ses recherches :

1° Le catgut, de même que la soie, provoquent dans les tissus une réaction locale;

2° Les fils de soie sont-ils préparés selon l'art, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, la réaction locale est alors transitoire et de peu d'importance; même dans les cas

les plus graves, elle disparaît ordinairement dans quatre à cinq jours;

3° Quant au catgut, si, ainsi que c'est le cas avec la soie, le mode de préparation et de conservation joue un certain rôle, certaines conditions spéciales doivent aussi être prises en considération. C'est ainsi, par exemple, qu'en introduisant le catgut en grande quantité dans les tissus des animaux sensibles (les lapins, par exemple), il survient une accumulation énorme des globules sanguins blancs qui ressemble absolument à un abcès.

4° Cette accumulation des leucocytes dépend non du mode de préparation et de conservation, mais, selon toute vraisemblance, des microbes y contenus antérieurement à la stérilisation et de leurs produits d'échange.

5° Il en résulte donc que le catgut demande à être stérilisé avec beaucoup plus de soin encore qu'on ne l'a fait jusqu'à présent (*Vratch*, 1895, N° 25, p. 706.)

Pharmacologie.

Contribution à l'action physiologique de l'extrait des capsules surrénales (L. A. Gluzinski, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, n° 14). — L'auteur a entrepris des recherches expérimentales pour élucider l'action physiologique des capsules surrénales. Dans ce but il injecta dans les veines et sous la peau, l'extrait glycériné des capsules surrénales des animaux tués récemment.

Cet extrait est doué de propriétés toxiques très accusées. L'injection intra-veineuse est suivie de paraplégie anesthésique du train postérieur. En même temps surviennent des convulsions légères dans la partie antérieure du tronc; ces convulsions vont parfois jusqu'à provoquer l'opistotonos. La respiration est accélérée, la pression sanguine commence par s'élever considérablement, les pupilles se dilatent : la mort survient après quelques minutes avec de la dyspnée in-

tense et des paralysies généralisées. La respiration artificielle peut retarder pour un certain temps l'issue fatale.

Injecté sous la peau, l'extrait glycériné des capsules surrénales ne tue l'animal qu'à doses beaucoup plus élevées, et ce, seulement après plusieurs jours.

Les animaux de contrôle auxquels on injectait l'extrait glycériné d'autres organes, ne présentaient des phénomènes d'intoxication que beaucoup plus tardivement.

L'extrait glycériné des capsules surrénales agit sur le système nerveux central; des recherches ultérieures sont nécessaires pour décider s'il influence aussi les nerfs périphériques; à l'appui de cette supposition il est à remarquer que, dans certaines phases de l'intoxication par l'extrait des capsules surrénales, il y a des analogies incontestables avec l'intoxication produite par le curare. (*Therapeutische Monatshefte*, mai 1895, p. 267.)

Études comparées sur la guérison des plaies, spécialement sur l'influence des préparations iodées sur ce processus. (N. Zuntz et R. W. Frank, communication préalable; *Fortschritte der Medicin*, 1er juillet 1895, N° 13).

Les expériences ont été entreprises sur des lapins auxquels on avait pratiqué par incision des plaies symétriques traitées comparativement par diverses préparations iodées, à savoir : le nosophène, l'iodoforme, le dermatol et l'aristol.

C'est le nosophène qui s'est montré supérieur à toutes les autres préparations iodées sus-énumérées : dessication plus accusée des plaies, absence presque complète d'exsudats, tuméfaction et rougeur moindre des bords de la plaie, diminution rapide et guérison de la plaie en peu de temps. A l'examen microscopique les plaies soumises à l'influence du nosophène étaient envahies d'un plus petit nombre de leucocytes que celles traitées par les autres préparations iodées.

Les plaies injectées par le bacillus prodigiosus guérirent rapidement, traitées qu'elles étaient par l'antinosine (nosophène

sodique), tandis que les plaies de contrôle étaient couvertes d'un enduit sale.

Les injections des solutions de nosophène à 1 0/0 donnèrent des résultats éclatants dans le traitement de la cystite expérimentale [des chiens. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, N° 28, p. 601).

Maladies des enfants.

Traitement des convulsions (D[r] Montenuis, de Dunkerque, *Journ. des prat.*, *juillet 1895*). — Chez les jeunes enfants, l'auteur recommande les petits lavements médicamenteux et les bottes mouillées. Pour évacuer le tube digestif, il donne systématiquement, en cas de convulsions, un petit lavement d'une cuillérée à café de glycérine pure, c'est-à-dire sans addition d'eau.

Pour calmer le système nerveux, il conseille l'antipyrine qui se donne très facilement en lavements : elle se prescrit en solution au 1/50 ou au 1/25 suivant l'âge de l'enfant, de façon à ce que une cuillérée à café qui est la dose de chaque lavement contient 10 ou 20 centigrammes de médicament.

Dans la pratique, aussitôt que le lavement glycériné a produit son effet, on le fait suivre d'un lavement d'une cuillérée à café de solution d'antipyrine et l'on répète ce lavement toutes les 10 ou 15 minutes, 3 ou même 4 fois.

Dans les cas graves, comme stimulant et comme révulsif cutané, il conseille à la place du sinapisme et du vésicatoire, l'eau froide qu'il applique de la façon suivante sous forme de bottes mouillées :

Eau froide vinaigrée ou aromatisée d'eau de Cologne appliquée sur chaque membre inférieur à l'aide de mouchoirs ou de serviettes et changées toutes les demi-heures. On recouvre le linge mouillé d'une couverture ou d'un maillot.

Dans les cas très graves, les bottes mouillées ne suffisent plus et il faut avoir recours au drap mouillé ou aux bains froids.

Dilatation forcée de la glotte dans le croup (Dr Renou, de Saumur, *Com. au Cong. de Bordeaux*). — Le croup étant, comme l'établissent les preuves cliniques et anatomiques, une strangulation d'origine intralaryngienne produite, non pas par la fausse membrane faisant bouchon, comme on le croit généralement, mais par une contracture du sphincter laryngien plus ou moins compliquée d'œdème, pourquoi ne pas chercher à dilater ce sphincter spécial comme on ferait de l'anus fissural? Je l'ai essayé avec succès. M. Constantin Paul a également appliqué ce procédé avec avantage; d'un autre côté, M. Variot vient de publier une série d'observations où le tube mis en place dans le larynx en sténose a été immédiatement expulsé mais a suffi par son introduction à faire disparaître les phénomènes de strangulation et d'asphyxie. On a pu se dispenser de le réintroduire.

Cela étant, je crois qu'on peut remplacer ce tube par la pince simplement introduite avec dilatations bilatérales et enlevée et baissée pendant un certain temps au cran d'arrêt, retirée et remise comme un tube, s'il en est besoin pour les nécessités de l'alimentation.

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement du prurit en général (W. Morain, *Rev. de méd. et de chir. pratiques*, juillet 1895). — *A. Traitement local.* Lotionner la région malade avec de l'eau que l'on a fait bouillir soit avec des têtes de camomille (20 têtes par litre), soit des feuilles de coca (10 grammes par litre). Cette eau doit être employée aussi chaude que possible et additionnée soit d'une cuillerée à soupe de la solution suivante par litre :

Acide phénique	150 grammes.
Glycérine	100 —
Alcool	50 —

soit de deux cuillerées à soupe de vinaigre de Pennès par verre. Appliquer ensuite une pommade antiprurigineuse renfermant de l'acide phénique, de la cocaïne, de l'essence de menthe, etc.; par exemple la pommade suivante :

Acide phénique....................	0,50 à 1 gr.
Oxyde de zinc..........................	20 grammes.
Lanoline	ãã 20 grammes.
Vaseline............................	

Saupoudrer ensuite avec une poudre inerte.

On peut encore utiliser les emplâtres soit à l'oxyde de zinc, soit à l'huile de foie de morue soit à l'acide phénique, au naphtol, à l'ichtyol.

B. *Traitement général.* — Il a une importance capitale. Le régime alimentaire doit être très sévère. Sont défendus : les poissons, les coquillages, les crustacés, les mollusques, le gibier, les truffes, les fromages forts, les épices, les fraises, la charcuterie, le thé, le café, les liqueurs, l'eau-de-vie, le vin pur. L'alimentation devra consister en légumes verts bien cuits, en féculents, en purée, en viandes rôties ou grillées, en fruits cuits. L'eau de Vals ou l'eau de Vichy sont utiles. Il convient en même temps de s'adresser aux troubles constitutionnels qui peuvent exister, et de combattre en particulier l'arthritisme. Calmer le système nerveux en prescrivant les diverses préparations de valériane ou les bromures; à ce titre les douches chaudes en pluie sont favorables.

Comme médication interne on ordonnera, soit l'antipyrine, soit la teinture de belladone à la dose de V à XV gouttes par jour, soit l'acide phénique en pilules (0,20 à 0,60 centigr. par jour) soit la quinine si l'on a affaire à un arthritique nerveux.

Traitement des affections prurigineuses (Dr Thibierge, *Comm. au Cong. de Bordeaux*). — J'ai étudié les effets qu'on obtient dans le traitement des affections prurigineuses, en

employant les colles médicamenteuses préconisées d'abord par Pick (Prague), puis abandonnées, en raison de certains défauts de leur préparation et enfin perfectionnées depuis par Unna, Tennesson, etc.

Les applications de colle préparée suivant la formule de M. Millet qui donne un enduit adhérent séchant facilement et suffisamment persistant, déterminent la cessation du prurit tant que l'enduit reste intact. Elles produisent seulement une sensation de froid assez persistante et quelques fois très intense.

Ce traitement donne les meilleurs résultats dans le prurigo de Hébra, dans les prurigos diathésiques, dans les prurits par auto-intoxications il est encore indiqué, quoique son efficacité soit moindre, dans le prurit dit sénile; dans le lichen de Wilson et dans le lichen circonscrit, ses effets sont variables mais parfois très favorables.

Il doit être réservé aux affections prurigineuses qui ne s'accompagnent pas d'altérations épidermiques, ou être précédé du traitement et de la guérison de celles-ci; sur les parties qui sont le siège d'excoriations et de lésions suintantes méta-prurigineuses, il provoque une exacerbation du prurit et de la douleur.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CENT VINGT-NEUVIÈME

A

B

C

D

E

F

G

H

N

O

P

R

S

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 179.12.95